



Ventrogluteaalinen pistotekniikka käytännössä: ”Jos hallitsisin tekniikan, käyttäisin enemmän työssäni”

Kujanpää Suvi
Salonen Juulia

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2020

Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Suvi Kujanpää Juulia Salonen	Vuosi	2020
Ohjaaja(t)	Anniina Tohmola		
Työn nimi	Ventrogluteaalinen pistotekniikka käytännössä: "Jos hallitsisin tekniikan, käyttäisin enemmän työssäni"		
Sivu- ja liitesivumäärä	44 + 6		

Opinnäytetyön idea kehittyi harjoitteluiden myötä, sillä niissä huomattiin ristiriita ammattikorkeakoulun opetuksen ja käytännön välillä. Ammattikorkeakoulussa opetetaan nykyään ventrogluteaalinen pistokohta, mutta harjoitteluissa pistotekniikan harjoittelu on jäänyt vähäiseksi, sillä havaintojemme perusteella useat hoitotyön ammattilaiset käyttävät edelleen dorsogluteaalista eli pakarän yläneljännestä pistopaikkana.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ventrogluteaalisen pistopaikan vähäisen käytön syitä. Teoreettinen viitekehys painottuu kartoittamaan pistoluovallisten hoitajien osaamista ventrogluteaalista pistopaikkaa kohtaan sekä heidän omaa asennoitumistaan pistopaikkaa kohtaan. Tavoitteena on tuoda esille hoitajien kokemia haasteita ja ongelmia pistotekniikkaan liittyen sekä tuottaa tietoa myös esimerkiksi esimiehille siitä, kuinka osaamista voidaan parantaa. Tutkimuksen avulla kasvaa ymmärrys siitä, mistä syistä ventrogluteaalinen pistopaikka ei ole päässyt käytäntöön niin vahvasti kuin aikaisemmat pistotekniikat. Näiden tietojen avulla voidaan mahdollisesti kehittää osaamista ja yhtenäistää käytäntöjä.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmällä. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, joka sisälsi yhteensä yhdeksän kysymystä, joista viisi oli avoimia kysymyksiä. Tutkimuskohteeksi valikoitui kolmen osaston pistoluovalliset hoitajat Mehiläinen Länsi-Pohjasta. Kyselylomakkeita jätettiin osastoille 66 ja vastauksia tuli takaisin yhteensä 35 eli vastausprosentti oli 58,3 %.

Tutkimuksessa saatiin selville se, että lähes jokaiselle hoitajalle ventrogluteaalinen pistopaikka oli käsitteenä tuttu, mutta käytännössä sitä käytti vain 5 (14 %) vastanneista. Perustelut sen käytön vähäisyydelle olivat hyvin yhtenäisiä. Tutkimus osoitti sen, että hoitajilla ei ole riittävästi koulutusta kyseiseen pistotekniikkaan, joten he eivät sen vuoksi käytä sitä työssään vaan käyttävät esimerkiksi dorsogluteaalista pistopaikkaa, koska sitä ovat tottuneet käyttämään vuosikymmeniä.

Avainsanat lihaksensisäinen injektio, ventrogluteaalinen pistopaikka, sairaanhoitaja, lääkehoito

School of Northern Well-being and Services
Degree Programme in Nursing and Health Care
Bachelor of Health Care

Authors	Suvi Kujanpää Juulia Salonen	Year	2020
Supervisor	Anniina Tohmola		
Subject of thesis	" If I Managed the Technique, I Would Use It More in My Work" - Ventrogluteal Injections in Practice		
Number of pages	44 + 6		

The idea for this thesis developed with practical training, as it was noticed that there was a incongruity between the University of Applied Sciences teaching and the clinical practice. The University of Applied Sciences currently teaches the ventrogluteal injection site, but practicing it in a clinical setting is not common, because several health care professionals still seem to use the dorsogluteal site i.e. the upper fourth of the buttock's injection site.

The purpose of this thesis was to map the reasons for the uncommon use of the ventrogluteal injection site. The theoretical framework of this study focused on the mapping the competence of the professionals in terms of the ventrogluteal injection site as well as their own attitudes towards the injection site. The aim was to find out what challenges and problems were experienced in reference to the ventrogluteal injection technique and also to provide information to supervisors, for example, on how the competence of the nurses could be improved. This study could increase the understanding of the reasons why the ventrogluteal injection site has not been applied into practice as strongly as the previous injection techniques. This information can potentially be used to develop the skills of the nurses and to standardize their practices.

This thesis was carried out by using qualitative research methods. A questionnaire containing open-ended questions was used as the data collection method. The questionnaire contained in total nine questions five of which were open-ended questions. Registered nurses from three different wards of the Mehiläinen Länsi-Pohja hospital were selected as the research subjects. A total of 66 questionnaires were submitted to the departments and 35 responses were returned, thus the response rate being 58.3 %.

The results showed that for almost all nurses were familiar with the concept of the ventrogluteal injection site, yet in practice it was used by only 5 (14 %) respondents. The rationale for its limited use was very consistent. The study showed that nurses do not have sufficient training in this injection technique, and therefore, they do not use it in their work. Instead, they seem to use the dorsogluteal injection site as they have been doing for decades.

Key words intramuscular injection, ventrogluteal injection site, nurse, pharmacology

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 SAIRAAHOITAJA TURVALLISEN LIHAKSENSISÄISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJANA.....	6
2.1 Sairaanhoitaja hoitotyön asiantuntijana	6
2.2 Turvallisen lääkehoidon periaatteet	7
2.3 Lihaksensisäinen injektio osana turvallista lääkehoitoa	9
2.4 Ventrogluteaalinen injektio näyttöön perustuen	11
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ...	15
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	16
4.1 Laadullisen lähestymistavan valinta.....	16
4.2 Tutkimusjoukon valinta	17
4.3 Aineiston keruu	17
4.4 Kyselylomakkeen laatiminen.....	19
4.5 Aineiston analyysi	20
5 TUTKIMUSTULOKSET	22
5.1 Vastaajien taustatiedot.....	22
5.2 Hoitajien tietoperusta lihaksensisäisen injektion annosta	22
5.3 Pistotekniikkaan liittyvät taidot hoitajien itsensä arvioimana	23
5.4 Osaamisen mahdollinen parantaminen.....	25
5.5 Hoitajien asenteet ventrogluteaalista pistotekniikkaa kohtaan	26
6 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA.....	28
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	30
7.1 Kvalitatiivisen tutkimuksen eettisyys	30
7.2 Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus.....	32
8 POHDINTA	37
8.1 Opinnäytetyöprosessin eteneminen ja ammatillinen kasvu.....	37
8.2 Jatkotutkimushaasteet	38
LÄHTEET	40
LIITTEET	45

1 JOHDANTO

Opinnäytetyössä käsitellään ventrogluteaalista pistopaikkaa ja sen käyttöä. Ventrogluteaalinen pistopaikka on nykytutkimuksen valossa hyvinkin suositeltu paikka pistää. Ventrogluteaalinen injektiokohta sisältää paljon enemmän hyötyjä ja sen pitäisi olla enemmänkin prioriteetti kuin vain vaihtoehto (Kara, Uzelli & Karaman 2015.) Sairaanhoidajakoulutuksessa se on vakiintunut uudeksi opetettavaksi pistopaikaksi eikä tuleville sairaanhoitajille enää edes opeteta vuosikymmeniä vallinnutta dorsogluteaalista eli pakaralan yläneljännes pistopaikkaa. Kiinnostuimme aiheesta, koska pistotekniikan käyttö ei vielä näy käytännössä yhtä selkeästi, ja sen harjoittaminen työharjoittelujen aikana jää hyvin vähäiseksi. Tämä aiheuttaa tällä hetkellä ristiriidan ammattikorkeakoulun opetuksen ja käytännön hoitotyön välille. Haluamme selvittää, mistä tämä ilmiö johtuu.

Vatsanpuoleinen pakaralihas eli ventrogluteaalinen alue on yksi lihaksensisäisen injektion pistoskohdista. Tämän alueen lihas on näyttöjen mukaan turvallisin pistopaikka (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 240) ja sitä tulisi käyttää ensisijaisena lihaksensisäisen injektion pistopaikkana aikuisilla (Karttunen 2016).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ventrogluteaalisen pistopaikan vähäisen käytön syitä. Tavoitteena on tuoda esille hoitajien kokemia haasteita ja ongelmia pistotekniikan käyttöön liittyen ja nostaa esiin koulutustarpeita aiheesta. Näitä selvitetään kartoittamalla hoitajien tietoja, taitoja ja asenteita pistotekniikkaan liittyen. Lisäksi useat tutkimukset puoltavat ventrogluteaalisen pistotekniikan käyttöä (Kara ym. 2015; Gunes, Kara, Ari & Ceyhan 2013), joten on mielenkiintoista tutkia sitä, miksei näyttöön perustuva tieto ole vakiintunut hoitajien työhön.

Tutkimus toteutettiin kolmelle osastolle pistoluvallisille hoitajille Mehiläinen Länsi-Pohjassa. Tutkimus antaa tietoa yhden sairaalan hoitajien kokemuksista ja osaamisesta. Vaikka tutkimusote on pieni, eikä sitä voida yleistää, niin se antaa arvokasta tietoa siitä, mistä syistä kyseisellä alueella opetus ja käytäntö ovat ristiriidassa ja kuinka asiaan voitaisiin tulevaisuudessa vaikuttaa.

2 SAIRAANHOITAJA TURVALLISEN LIHAKSENSISÄISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJANA

2.1 Sairaanhoitaja hoitotyön asiantuntijana

Sairaanhoitaja on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on suorittanut valtioneuvoston asetusten mukaisen ammattiin johtavan koulutuksen. Sairaanhoitajana toimiminen edellyttää Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston myöntämän oikeuden toimia laillistettuna ammattihenkilönä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 2:5§.) Suomessa Valvira ylläpitää julkista sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden keskusrekisteriä, josta on löydettävissä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattipätevyys sekä mahdolliset ammatinharjoittamista koskevat rajoitukset tai määräaikaaisuudet (Valvira 2016).

Sairaanhoitajan tehtävä on ylläpitää sekä edistää väestön terveyttä, ehkäistä ja parantaa sairauksia sekä lievittää sairaiden kärsimystä ja huomioida toiminnassaan hoidon hyödyt ja haitat potilaan näkökulmasta. Työssä tulee hyödyntää yleisesti hyväksyttyjä ja perusteltuja menettelytapoja (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 3:15§) ja potilasta koskevat hoitopäätökset tulee tehdä näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Sairaanhoitajan tulee osata hyödyntää työssään aktiivisesti hoitotieteellistä tietoa, esimerkiksi tutkimusnäyttöön perustuvia suosituksia ja katsauksia. Sairaanhoitajan tulee kyetä arvioimaan omia toimintatapojaan kriittisesti ja kantaa vastuu päätöksenteosta hoitotyössä (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 41.)

Sairaanhoitaja työskentelee osana moniammatillista työryhmää ja toimii työryhmässä hoitotyön asiantuntijana. Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu mm. hoidon tarpeen arviointi sekä hoidon toteutus ja sen järjestäminen. Keskeisiin työtehtäviin kuuluu myös potilaan omahoidon tukeminen sekä ohjaus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 10.) Potilasturvallisuuden takaamiseksi sairaanhoitajan tulee hallita työssään klinisen hoitotyön turvallinen toteuttaminen sekä infektioiden torjunnan periaatteet ja aseptinen työtapo. Osaamisvaatimukseen lukeutuu myös riittävä osaaminen ihmisen anatomiasta ja

fysiologiasta. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää perusteet mm. ihmisen elinjärjestelmien rakenteista ja niiden toiminnasta sekä sairauksien syntymekanismeista (Eriksson ym. 2015, 19, 40.)

Voidakseen harjoittaa ammattia turvallisesti, on sairaanhoitaja lain mukaan velvollinen ylläpitämään ja kehittämään omaa ammattitaitoaan. Sairaanhoitajan tulee hallita työssään ammattitoimintaa koskevat säännökset sekä määräykset ja työssä on noudatettava terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevia ammattieettisiä velvollisuuksia (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 3:15,18§). Terveydenhuoltolain 1326/2010 mukaan kunnan sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että työssä oleva henkilöstö osallistuu täydennyskoulutukseen (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:5§).

2.2 Turvallisen lääkehoidon periaatteet

Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, ja se on sidottu terveydenhuollon lainsäädäntöön, olipa potilas terveydenhuollon tai sosiaalihuollon palvelujen piirissä (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 124). Lääkehoitoa koskevia lakeja ovat esimerkiksi Lääkelaki 10.4.1987/395, Huumausainelaki 30.5.2008/373, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Lääkkeeksi määritellään lain mukaan valmiste tai aine, jonka käytön tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita. Lääkkeellä tarkoitetaan myös ainetta tai aineiden yhdistelmää, jolla voidaan palauttaa, korjata tai muuttaa ihmisen elintoimintoja lääkkeen metabolisen, immunologisen tai farmakologisen vaikutuksen avulla (Lääkelaki 395/1987 3§.) Lääkehoito voi olla ennalta suunniteltua tai tilanteen mukaista (Rautava-Nurmi ym. 2012, 124).

Lääkehoitoa voi toteuttaa terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat saaneet lääkehoidon koulutuksen ammattiopintojensa aikana. Lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat kokonaisvastuuta lääkehoidon toteuttamisesta, mutta jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Käytännön hoitotyössä

työnantaja on vastuussa siitä, että hoitajalla on tarvittava osaaminen potilasturvallisen lääkehoidon toteutukseen, ja tarvittaessa työnantajan on järjestettävä lisäkoulutusta varmistaakseen työntekijän osaamisen (Valvira 2018.)

Lääkehoidon tulee olla turvallista, yhdenvertaista, laadukasta, taloudellista sekä vaikuttavaa (STM 2020). Turvallinen lääkehoito koostuu kahdesta kokonaisuudesta: lääketurvallisuudesta sekä lääkitysturvallisuudesta. Lääketurvallisuudessa on kyse lääkevalmisteen turvallisuudesta, kun taas lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan koko lääkehoitoprosessin turvallisuutta (THL 2019b.) Turvallisen lääkehoidon edellytyksenä ovat muun muassa tarpeelliset tiedot fysiologiasta ja anatomiasta, farmasiasta, farmakologiasta sekä lääkehoitoon liittyvästä matematiikasta ja aseptiikasta (Saano & Taam-Ukkonen 2014,14-16, 23.) Tiedon kulku eri organisaatioiden välillä tulisi varmistaa, ja lääkehoitoprosessin tulisi olla katkeamaton (STM 2020).

Sairaanhoitajan rooli lääkehoidon toteuttamisessa on merkittävä. Sairaanhoitaja toteuttaa lääkehoitoa yhdessä lääkärin sekä muun työryhmän kanssa, ohjaa potilasta lääkkeen käytössä, seuraa mahdollisia haittavaikutuksia sekä kirjaa toteutuneen lääkehoidon (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 20.) Sairaanhoitajilla tulee olla riittävää teoreettista tietoa ja käytännön taitoja, jotta he pystyvät toteuttamaan lääkehoitoa turvallisesti (Valvira 2018). Sairaanhoitajan tulee kyetä toteuttamaan potilaalle määrättyä lääkehoitoa siten, että hän hallitsee lääkehoidon teknisen toteuttamisen, lääkkeiden potilaskohtaisen vaikutuksen seurannan sekä välittömät lääkehoitoon liittyvät hätätoimet (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 25-27). Tietyt lääkehoitoon liittyvät toimenpiteet edellyttävät lisäkoulutusta sekä osaamisen varmistavia näyttöjä säännöllisin väliajoin. Tällaisia lääkehoidon toimenpiteitä ovat esimerkiksi verensiirtohoito, laskimoon annettava lääke- ja nestehoito, rokotteiden antaminen sekä epiduraalitilaan annettava lääkehoito (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 20-23.)

Myös nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt kuten lähihoitajat toteuttavat lääkehoitoa työpaikoilla. Lähihoitajan lääkehoidon osaamiseen kuuluu mm. lääkehoidon tarpeen sekä vaikutusten arviointi, lääkehoidon dokumentointi sekä hoitoon liittyvä ohjaus. Osa lääkehoidon tehtävistä vaatii

työpaikalla erillisen osaamisen näytön antamisen, jonka valvoo kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka työssään toteuttaa lääkehoitoa. Näytön vaativia lääkehoidon tehtäviä ovat esimerkiksi ihonalaiskudoksen (s.c) ja lihaksensisäisten (i.m) injektioiden anto. Lisäkoulutuksen ja näytön suorittaneet lähihoitajat voivat myös vaihtaa lääkkeettömiä perusliuosta sisältäviä infuusiopusseja sekä toteuttaa PKV-lääkehoitoa työyksikössä (Inkinen ym. 2015, 28.)

2.3 Lihaksensisäinen injektio osana turvallista lääkehoitoa

Injektioilla tarkoitetaan lääkkeen antamista ruiskeena. Yksi injektion tapa on lihaksen sisäinen eli intramuskulaarinen (i.m.) (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 221). Lihaksensisäisen injektion anto kuuluu sairaanhoitajan lääkehoidon perusosaamiseen (Karttunen 2016). Injektion anto lihakseen vaatii sairaanhoitajalta hyvää anatomian tuntemusta, jotta lääkkeen antaminen sujuu turvallisesti ja oikein. Lihaksensisäinen antotapa on yleinen parenteraalinen lääkkeenantotapa (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 221, 237.) Parenteraalisella lääkkeenannolla tarkoitetaan tapaa, jossa lääkeaine annetaan suoraan kudokseen infuusiona tai injektiona (Suvikas-Peltonen 2017, 31).

Lihaksensisäinen injektio voidaan antaa hartialihakseen (musculus deltoideus), reisilihakseen (musculus vastus lateralis), selänpuoleiseen pakaralihakseen (musculus gluteus maximus, dorsogluteaalinen) tai vatsanpuoleiseen pakara-alueeseen (ventrogluteaalinen) (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 240-244.) Injisoitavan lääkeannoksen määrään vaikuttavat potilaan lihasmassa sekä potilaan fyysinen koko. Aikuisilla pakara- ja reisilihakseen injisoitavan lääkeaineen kerta-annoksen ylärajana pidetään 5ml. Vähäisemmän lihasmassan vuoksi olkavarren lihakseen suositellaan pistettäväksi kerralla korkeintaan 2ml. Lihaskudoksen kehittymättömyyden ja lihaskudosten vaurioiden välttämiseksi vastasyntyneiden lasten lääkehoidossa ei tulisi käyttää lihaksensisäistä injektiota (Dzirba, Goniewicz & Misztal-Okonska 2018, 133.)

Pistopaikan valinnassa tulee ottaa huomioon lääkeaine ja sen määrä, potilaan rasvakudoksen paksuus, potilaan ikä, sukupuoli sekä lääkeaineen lihaskudoksen

ärsyttävyys (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 238). Injektiopaikkaa valittaessa tulee huomioida myös kudoksen kunto. Injektiota ei tulisi antaa kohtaan, jossa kudoksesta on vaurioitunut. Vaurioituneella kudoksella tarkoitetaan esimerkiksi kudoksen punoitusta, turvotusta, ihottumaa tai fibroosia. Injektiota ei tulisi myöskään antaa kudokseen, jossa on haava, arpi tai syntymämerkki (Dzirba ym. 2018, 133.)

Injektioneula valitaan muun muassa potilaan koon, pistopaikan ja annettavan lääkeaineen tyypin sekä määrän mukaan (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 240-244.) Normaalipainoisella aikuisella ihonalaiskudoksen keskimääräinen paksuus on n. 2-10 mm, kun lihavalla ihmisellä ihonalaiskudoksen paksuus esimerkiksi vatsassa tai lantiossa voi olla jopa 10 cm (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2009, 99). Ihonalaisen rasvakudoksen määrä tulee huomioida myös neulan pituuden valinnassa. Mikäli potilaalla on runsaasti ihonalaista rasvakudosta, tulee valita pidempi neula. Lääkeaineen jäädessä rasvakudokseen lihaskudoksen sijaan voi kudokseen syntyä absessi tai nekroosi (Kotovainio & Lehtonen 2017.) Pistettäessä lihaskudokseen suositellaan käytettäväksi läpimitaltaan 20-25G ja pituudeltaan 25-40 mm:n neulaa (THL 2019c).

Yleisenä käytäntönä lihaksensisäisessä injektionannossa on ollut aspiroida mäntää taaksepäin ennen lääkeaineen injisointia, jotta voidaan varmistua, että neula ei ole verisuonessa. Aspiration tarvetta on kuitenkin alettu kyseenalaistamaan, ja World Health Organizationin (WHO) ohjeissa vuonna 2015 kerrotaan, että aspiraatiota ennen lihaksensisäisen injektion antoa ei ole tarpeen suorittaa, koska aspirointi saattaa tuottaa potilaalle lisää kipua (WHO 2015). Myös THL:n 2019 julkaistussa ohjeistuksessa kerrotaan, että ennen lääkkeen injisointia tulisi varmistaa, että neula ei ole suonessa katsomalla, että ruiskuun ei tule verta. Ohjeistuksen mukaan varsinaista aspiraatiota ei ole välttämätöntä tehdä (THL 2019.)

Lihaksensisäiseen injektionantoon liittyy monia etuja verraten esimerkiksi laskimonsisäiseen lääkehoitoon. Lihaskudos ei ole kovin herkkä kivulle, joten lihakseen voidaan antaa myös jonkin verran kudosta ärsyttäviä lääkeaineita. Lihaksensisäisesti annettuna lääkeaineella saadaan pitkäkestoinen vaikutus, ja

lääkehoitoa on helppo toteuttaa myös yhteistyökyvyttömän potilaan kanssa. Lääkeaine imeytyy lihaskudoksesta 10-30 min kuluessa, jolloin lääkeaineen pitoisuus suurenee hitaammin kuin laskimoon annettuna, mikä osaltaan voi lievittää haittavaikutuksia (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 237.) Osa lääkeaineista voi aiheuttaa ärsytystä myös verisuonissa, jolloin haittavaikutusten välttämiseksi lääke annetaan lihaksensisäisesti injektiona (Leonard 2018).

Lihaksensisäiseen lääkehoitoon liittyy myös haittoja. Lääkeaine saattaa imeytyä oletettua hitaammin, lääkeaine saattaa saostua tai aiheuttaa potilaalle kipua sekä paikallisia lihasvaurioita. Myös lääkeaineen saaminen lihaskudokseen hankaloituu potilaan ollessa hyvin ylipainoinen (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 237.) Mikäli potilaalla on käytössä antikoagulanttilääkitys tai potilas sairastaa verenvuototauteja, tulisi lihaksensisäisen injektion antoa välttää (Nurminen 2011, 50).

Injektoiden mahdollisia komplikaatioita ovat esimerkiksi kudoksetekroosi, lihaskudoksen arpeutuminen, hematooma sekä verisuonten ja hermojen vammat (Leonard 2018). Nekroosilla tarkoitetaan elävän kudoksen kuolemaa (Terveyskirjasto 2019) ja hematoomalla tarkoitetaan mustelmaa, joka syntyy pienten verisuonten rikkoutumisesta (Mustajoki 2019). Yksi vakavimmista komplikaatioista on anafylaksia. Anafylaktinen reaktio on hengenvaarallinen, ja se ilmaantuu yleensä 5-30 minuuttia lääkkeenannon jälkeen (Nurminen 2011, 521). Anafylaktisessa reaktiossa esiintyy kihelmöintiä ja kutinaa mm. kämmenpohjissa, hiuspohjassa ja huulissa sekä ihoon ilmestyy nokkospaukamia. Huulet ja silmäluomet voivat turvota ja hengitys saattaa vinkua sekä kurkkua kuristaa. Anafylaktisessa reaktiossa peruselintoiminnot voivat häiriintyä, syke voi tihentyä, sydämeen voi tulla rytmihäiriöitä sekä verenpaine voi laskea (Hannuksela-Svahn 2014.)

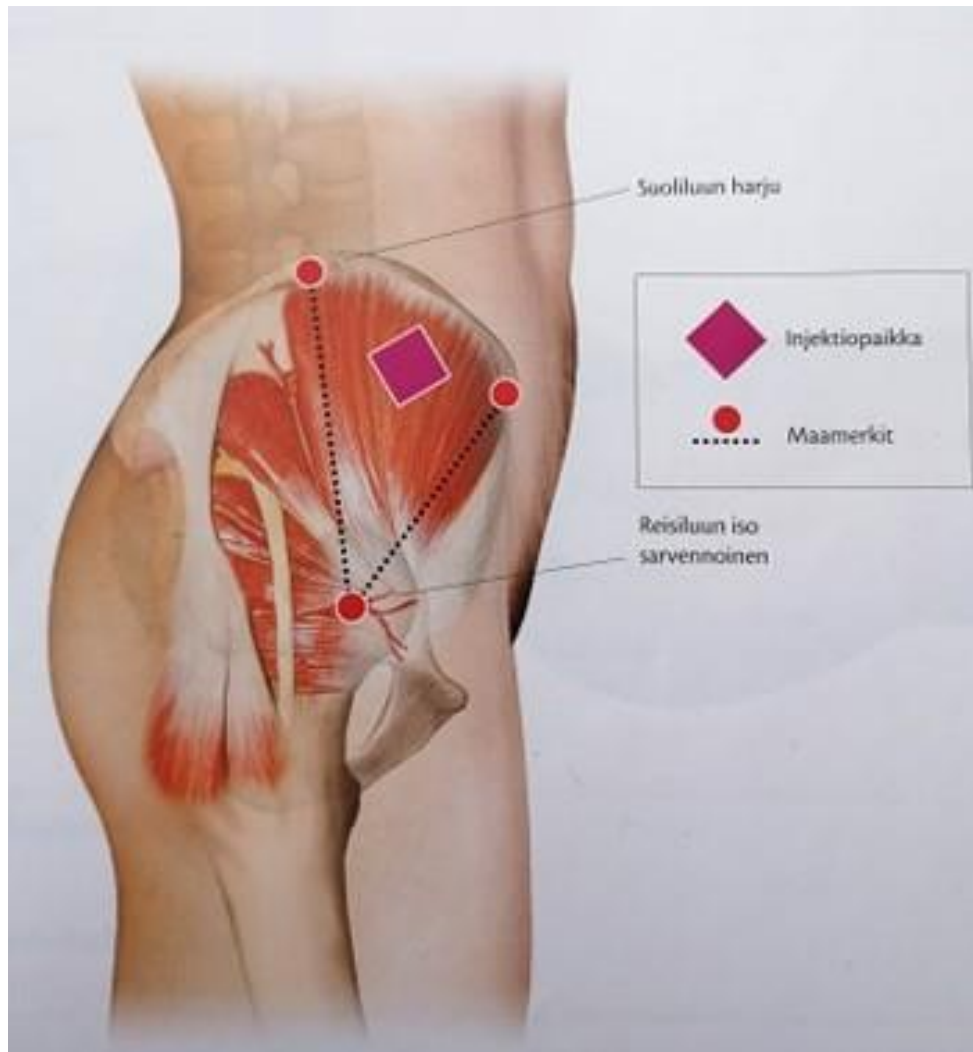
2.4 Ventrogluteaalinen injektio näyttöön perustuen

Vatsanpuoleinen pakaralihas eli ventrogluteaalinen alue on yksi lihaksensisäisen injektion pistoskohdista. Tämän alueen lihas on näyttöjen mukaan turvallisin pistopaikka (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 240) ja sitä tulisi käyttää

ensisijaisena lihaksensisäisen injektion pistopaikkana aikuisilla (Karttunen 2016). Pistopaikan lähellä ei ole suuria verisuonia tai hermoja ja sen paikantaminen on helppoa erilaisten "maamerkkien" (Kuvio 1) avulla (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 240). Vatsanpuoleisella pakaralihasalueella lihaskudos kehittyy varhain, ja lihasmassa pistoksen antamiseen on riittävä jo siinä iässä, kun lapsi opettelee kävelemään. Ventrogluteaalisella pistoalueella ihonalaiskudosta on muihin pistopaikkoihin nähden vähemmän, jolloin injisoitava aine päätyy todennäköisemmin lihaskudokseen (Karttunen 2016.)

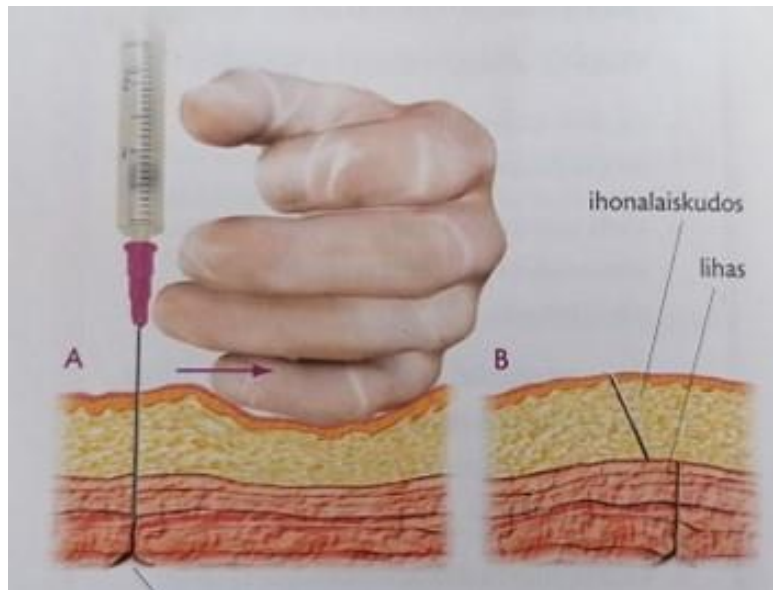
Ventrogluteaalisen injektion turvallisuudesta on saatavilla paljon myös kansainvälistä tutkimustietoa. Esimerkiksi vuonna 2015 International Journal of Caring Sciences -lehdessä julkaistussa katsausartikkelissa puolletaan ventrogluteaalisen pistotekniikan käyttöä sen turvallisuuden ja vähäisempien riskien vuoksi (Kara ym. 2015). Turkissa vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin 70 aikuispotilaan kokemaa kipua välittömästi injektion annon jälkeen sekä dorsogluteaalista että ventrogluteaalista pistotekniikkaa käyttäen, ja tutkimuksessa todettiin, että ero kipukokemusten välillä oli tilastollisesti merkittävä. Tutkimuksessa selvisi, että ventrogluteaalinen injektio koetaan kivuttomammaksi dorsogluteaaliseen verraten (Gunes ym. 2013, 74).

Injektio annetaan potilaalle tämän ollessa vatsallaan, kyljellään tai selällään. Lisäksi injektion voi antaa myös potilaan seistessä, mutta tällöin täytyy varmistaa lihaksen rentous (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 240.) Ventrogluteaalinen injektio paikka löytyy, kun hoitaja asettaa oman kämmenensä potilaan iso sarvennoisen päälle ja etusormensa kohti potilaan suoliluun yläetukärkeä. Hoitajan keskisormen tulee osoittaa keskiviivassa kohti potilaan kainaloa. Tällöin etu- ja keski-sormen väliin muodostuu V-kirjain, jonka keskelle injektio annetaan 90 asteen kulmassa hyödyntäen Z-tekniikkaa. Injektio paikkaa paikantaessa tulee huomioida, että annettaessa injektiota potilaan oikealle puolelle, tulee hoitajan käyttää paikantamisessa omaa vastakkaista eli vasenta kättään ja päinvastoin (Karttunen 2016.)



Kuvio 1. Ventrogluteaalisen injektiokohdan paikantaminen ja maamerkit (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 241).

Z-tekniikassa pistokohdan iho vedetään vapaan käden avulla n. 2,5 – 3,75 cm sivuun ennen injektion antoa. Ihoa venytetään käden avulla koko injektion annon ajan, kunnes neula on poistettu kudoksesta. Neulan poiston jälkeen venytetty kudos vapautetaan nopeasti, jotta kudoksesta palaa normaaliin tilaan (Said & Shehata 2016.) Z-tekniikan käytöllä (Kuvio 2) pyritään estämään lääkeaineen takaisinvirtaus ja tihkuminen ihonalaiskudokseen (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 240).



Kuvio 2. Z-tekniikka ja neulan pistokulma (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 240).

Injektion antaminen on invasiivinen eli kudoksiin kajoava toimenpide, jolloin toimenpiteeseen liittyy aina infektion riski. Oikeilla toimintatavoilla voidaan kuitenkin ehkäistä infektioiden syntyä. Ennen injektion antoa hoitajan tulee varmistaa potilaan henkilöllisyys sekä lääkeaine ja sen oikea määrä. Hoitajan tulee varmistaa, että lääkeaine voidaan antaa injektiona, ja että lääke on ulkoisesti silmämääräisesti arvioiden käyttökelpoinen (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 222.) Ennen injektion antoa hoitaja desinfioi kädet ja pukee tehdaspuhtaat käsineet. Pistokohdan iho desinfioidaan 60-70% isopropyynialkoholilla tai etanolilla ja annetaan kuivua. Desinfioitua pistokohtaa ei tule koskettaa desinfioinnin jälkeen (WHO 2010, 8.) Injektion annon jälkeen neula laitetaan viipymättä särnäisjäteastiaan, suojakäsineet riisutaan ja kädet desinfioidaan. Muut jätteet hävitetään toimintayksikön ohjeiden mukaisesti (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 239.)

Injektoiden antoon liittyy myös neulanpistotapaturman riski, jossa vaarana on veriteitse tarttuvalle infektiolle altistuminen. Veriteitse tarttuvia tauteja ovat esimerkiksi HIV sekä hepatiitti B ja C. Neulanpistotapaturmia voidaan ehkäistä käyttämällä suojakäsineitä ja hävittämällä neulat välittömästi piston jälkeen. Käytetyn neulan päälle ei tule yrittää laittaa suojusta takaisin ennen neulan hävittämistä (Nurminen 2011, 53.) Neulanpistotapaturman sattuessa noudatetaan työyksikkökohtaisia toimintaohjeita.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ventrogluteaalisen pistopaikan vähäisen käytön syitä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esiin hoitajien kokemia haasteita ja ongelmia pistotekniikan käyttöön liittyen. Haasteita ja ongelmia esiintuomalla voidaan nostaa esiin koulutustarpeita sekä tuottaa esimiehille tietoa siitä, millä keinoin henkilökunnan osaamista voidaan parantaa.

Opinnäytetyön tutkimusosuudessa vastataan alla oleviin kysymyksiin.

1. Millaista osaamista hoitajilla on ventrogluteaaliseen pistämiseen?
2. Millainen on hoitajien tietoperusta ventrogluteaalisesta injektioista?
3. Millaiset taidot hoitajilla on heidän itsensä arvioimana ventrogluteaalisesta pistotekniikasta?
4. Miten hoitajien osaamista voisi parantaa?
5. Millaisia asenteita hoitajilla on ventrogluteaalista pistotekniikkaa kohtaan?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Laadullisen lähestymistavan valinta

Tutkimusmenetelmän valintaa ohjaavat ensisijaisesti tutkimusongelmat ja tutkimuskysymykset (Vilkka 2005, 43). Tutkimusmenetelmän valinnassa voidaan vastata kysymyksiin: Minkälaista tietoa etsitään sekä mistä ja keneltä sitä etsitään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 184-185). Karkeasti voidaan luokitella, että laadullisessa tutkimuksessa etsitään vastauksia kysymyksiin mitä ja miten, kun taas määrällisessä pyritään löytämään vastauksia kysymyksiin miten paljon ja miksi (Vilkka 2005, 44.) Tutkijalla tulee olla riittävästi tietoa eri tutkimusmenetelmien eduista sekä rajoituksista, jotta hän ymmärtää, mitä metodeja tutkimusongelman ratkaisemisessa voidaan hyödyntää (Hirsjärvi ym. 2009, 184-185).

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Laadullisen tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena ei ole löytää yksiselitteistä totuutta tutkittavasta asiasta, vaan tutkimuksessa pyritään tuomaan ilmi ihmisen toimintaan liittyviä asioita tutkimuksen edetessä muodostuneiden tulkintojen avulla (Vilkka 2005, 79.) Ihmisen toimintaan liittyvien asioiden ja uusien näkökulmien etsimisessä voidaan hyödyntää esimerkiksi osallistujien henkilökohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä aiheeseen liittyen (Polit & Beck 2012, 487). Laadullisella tutkimuksella voidaan lisätä ymmärrystä ilmiöstä sekä sen luonteesta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää voidaan hyödyntää parhaiten esimerkiksi toiminnan kehittämiseen tai vaihtoehtojen toimintatapojen etsimiseen (Heikkilä 2014.)

Tutkimusprosessin alussa lähdettiin miettimään, minkälaista tietoa tutkimuksessa on tarkoituksena tuottaa. Opinnäytetyössä halutaan kartoittaa ventrogluteaalisen pistopaikan vähäisen käytön syitä sekä tuoda esille hoitajien kokemia haasteita ja ongelmia pistotekniikan käyttöön liittyen. Opinnäytetyössä halutaan selvittää kohdehenkilöiden henkilökohtaisia mielipiteitä ja näkemyksiä ja opinnäytetyön avulla pyritään lisäämään ymmärrystä käsiteltävästä aiheesta,

jonka vuoksi oli selvää, että tutkimusmetodiksi valikoitui laadullinen tutkimus. Tämän lisäksi opinnäytetyössä etsitään vastausta kysymykseen, miten toimintatapoja voitaisiin kehittää, joka myös puoltaa laadullisen tutkimusmenetelmän valintaa.

4.2 Tutkimusjoukon valinta

Tutkimusjoukoksi valikoitui julkisen terveydenhuollon vuodeosastojen ja akuuttiklinikan pistoluvallinen hoitohenkilökunta. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on, että kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, sen sijaan, että käytettäisiin satunnaisotosta (Hirsjärvi ym. 2009, 164) ja tutkittavien valinnassa voidaan käyttää hyödyksi ja tutkijoiden asettamia kriteerejä tutkittavista sekä olemassa olevia kontakteja (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2020).

Tutkimusjoukko valittiin tarkoituksenmukaisesti ja tutkimukseen osallistuville asetettiin tiettyjä kriteerejä. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on perusteltua, että tutkimusjoukolla on kokemusta lihasinjektioiden pistämisestä ja osallistujat omaavat pistoluvan. Osastoille järjestetyssä infotilaisuudessa tuotiin esiin, että tutkimus on tarkoitettu pistoluvallisille hoitajille, jonka lisäksi kohderyhmä ilmoitettiin selkeästi kyselylomakkeessa. Valintaa tehtäessä pohdittiin, että missä yksiköissä lihasinjektioiden anto on rutiininomaista ja missä niitä annetaan säännöllisesti. Apuna tutkimusjoukon valinnassa käytettiin myös Lapin ammattikorkeakoulun opettajien kokemusta. Osallistujamäärällisesti tavoiteltiin n. 30 osallistujaa.

Tutkimusjoukon valinnan jälkeen osastonhoitajiin oltiin yhteydessä sähköpostitse. Ennen aineiston keruuta tutkimuksen aihe, tutkimusprosessin kulku sekä muut tutkimukseen liittyvät tekijät esiteltiin osastotunnin yhteydessä hoitohenkilökunnalle.

4.3 Aineiston keruu

Tutkimusosuuden aineiston kerääminen toteutettiin kontrolloidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Valinnassa päädyttiin kontrolloituun kyselylomakkeeseen, sillä sen avulla on mahdollista saada

yksityiskohtaista tietoa esimerkiksi kohdehenkilön mielipiteistä, käyttäytymisestä, toiminnasta, tiedoista, arvoista sekä asenteista (Hirsjärvi ym. 2009, 196-197.)

Kontrolloitu kyselylomake voidaan vielä jakaa kahteen alaluokkaan: Informoituun ja henkilökohtaisesti tarkistettuun kyselyyn (Hirsjärvi ym. 2009, 196-197.) Tämän opinnäytetyön tutkimusosuudessa käytettiin informoitua kyselyä. Sillä tarkoitetaan tapaa, jossa kyselylomakkeet jaetaan henkilökohtaisesti paikkaan, jossa tutkimuksen kohdehenkilöiden oletetaan olevan tavoitettavissa. Informoidussa kyselyssä kohdehenkilöille kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta ja vastataan kohdehenkilöiden mielessä heränneisiin kysymyksiin. Kyselylomakkeiden täyttämisen jälkeen ne palautetaan ennalta sovittuun paikkaan sovittuna ajankohtana (Hirsjärvi ym. 2009, 196-197.)

Ennen aineistonkeruumenetelmän valintaa pohdittiin, toteutetaanko kysely paperisena vai sähköisenä. Molempiin vaihtoehtoihin liittyy runsaasti erilaisia vahvuuksia sekä heikkouksia. Sähköisen tutkimuksen etuina voidaan pitää sen kustannustehokkuutta sekä tietotekniikan tuomia mahdollisuuksia aineiston laadun parantamiseksi. Monien mahdollisuuksien lisäksi tietotekniikka tuo mukanaan myös haasteita, joita ovat mm. hidas tai pätkivä internetyhteys, tiedostojen keskinäinen yhteensopimattomuus sekä muut tietotekniikkaan liittyvät ongelmat. Paperisen lomakkeen yksi suurimmista eduista on helppous keskeyttää lomakkeen täyttäminen ja jatkaa sitä myöhemmin itselle sopivana ajankohtana (Ruskoaho ym. 2008, 280, 282.)

Valinnassa otettiin huomioon erityisesti hoitotyön luonne, jonka vuoksi kysely toteutettiin paperisella kyselylomakkeella. Hoitotyön luonteen vuoksi on todennäköistä, että kyselylomakkeen täyttäminen työajalla keskeytyksettä on haastavaa. Valintaa tehdessä uskottiin, että paperisen kyselylomakkeen avulla kyselyyn vastanneiden prosentti nousee, koska lomakkeen täyttöä on mahdollisuus jatkaa myöhemmin työtilanteen niin salliessa. Valintaa perusteltiin myös sillä, että sähköisen lomakkeen täyttö osastoilla voi osoittautua haastavaksi tietokoneiden rajallisen määrän vuoksi, ja osallistumisaktiivisuus todennäköisesti vähenisi tietokoneille jonottamisen vuoksi. Edellämainittujen lisäksi myös ikäjakauma puolsi paperisen kyselylomakkeen valintaa.

Kyselylomake rakennettiin avoimien kysymysten pohjalle, sillä avoimet kysymykset antavat henkilölle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin sen sijaan, että tutkija on rakentanut vastausvaihtoehdot valmiiksi, jolloin henkilö pakotetaan vastaamaan valmiiksi rakennettujen vaihtoehtojen mukaisesti. Avoimilla kysymyksillä pystytään selvittämään mm. tutkittavien motivaatiota ja tunteita aiheeseen liittyen (Hirsjärvi ym. 2009, 197, 201.) Avoimien kysymysten lisäksi lomakkeessa on myös suljettuja kysymyksiä. Suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi annetut ja toisensa poissulkevat (Vehkalahti 2014, 24).

4.4 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselytutkimuksessa lähes koko tutkimuksen onnistuminen riippuu kyselylomakkeesta, joten sen huolellinen suunnittelu on tärkeää. Lomakkeen suunnittelussa tulee huomioida myös lomakkeen pituus, ulkoasun selkeys sekä yleisilme (KvantiMOTV 2010.) Tutkimuksen onnistumisen kannalta kyselylomakkeen sisältö on varsin merkityksellinen asia, ja ennen varsinaista tutkimusta tulisikin varmistua, että lomakkeessa kysytään sisällöllisesti oikeita asioita selkeässä muodossa (Vehkalahti 2014, 23.)

Kyselylomake esiteltiin täysin tutkimuksen ulkopuolisilla hoitohenkilökunnan jäsenillä ennen varsinaista aineistonkeruuta. Esitestauksessa selvitettiin, onko kysymykset ymmärrettävässä muodossa ja saammeko haluamamme vastaukset kysymyksiin, onko lomakkeen ulkoasu selkeä ja kauanko lomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa. Esitestauksessa saimme muutaman kehittämisidean lomakkeeseen, esimerkiksi usealle käsitteet ”ventrogluteaalinen” ja ”dorsogluteaalinen” eivät olleet tuttuja. Esitestauksessa saatujen palautteiden perusteella kyselylomaketta muutettiin selkeämpään muotoon (selvensimme käsitteitä) ja lomakkeeseen lisättiin havainnollistava kuva aiheeseen liittyen.

Ennen varsinaista aineistonkeruuta opinnäytetyö ja koko tutkimusprosessin eteneminen esiteltiin osastojen henkilökunnalle osastotuntien yhteydessä, jonka jälkeen kyselylomakkeet ja saatekirjeet toimitettiin henkilökohtaisesti osastojen kahvihuoneisiin vastauslaatikon kera helmikuussa 2020. Vastausaika kyselyyn

oli 2 viikkoa. Lopullinen kyselylomake on liitteenä opinnäytetyön lopussa (Liite 3.) ja vastauksia kyselyyn saatiin yhteensä 35 kappaletta. Osallistujien toiveesta tutkimuksen tulokset tullaan esittelemään työn valmistumisen jälkeen osastoilla.

4.5 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi suoritettiin induktiivisella sisällönanalyysi menetelmällä. Kyseinen menetelmä sopii tutkimukseen hyvin, sillä aineisto kerättiin laadullisella menetelmällä. Analyysissä painottuu aineistolähtöinen tarkastelu ja induktiiviselle sisällön analyysille tyypillinen ”yksittäisestä yleiseen” periaate eli saadut vastaukset ovat yksittäisten ihmisten vastauksia ja tavoitteena on koota ne yleistettävämpään muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107- 108.)

Induktiivinen sisällönanalyysi on karkeasti jaoteltavissa kolmivaiheiseksi prosessiksi: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisen käsitteiden luominen. Redusoinnissa on kyse aineiston avaamisesta ja epäolennaisien asioiden pois karsimisesta. Klusteroinnissa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia ja sen kautta tapahtuu käsitteiden ryhmittely eri luokkiin, joista muodostuu analyysin alaluokat. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-127.)

Aineiston analyysi aloitettiin kokoamalla vastaukset paperisilta kyselylomakkeilta yhdeksi yhtenäiseksi Excel taulukoksi. Tämän jälkeen analyysiä jatkettiin käsittelemällä kysymykset läpi yksitellen, erottelemalla samanlaiset vastaukset omin värikoodein ja pelkistämällä vastaukset tiivistettyyn muotoon. Tässä vaiheessa karsittiin pois myös tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto.

Seuraavassa vaiheessa pelkistetyt vastaukset ryhmiteltiin niin, että samaa tarkoittavat vastaukset loivat oman alaluokansa. Alaluokista puolestaan muodostettiin yläluokat, jotka kuvaavat yhtenäisiä sisältöjä laajemmin. Yläluokkia syntyi kaksi, jotka vielä yhdistettiin yhdeksi pääluokaksi. Näin saimme

analysoitua tutkimusmateriaalia ja vastauksen tutkimustehtäviin. Alla esimerkki aineiston analyysin etenemisestä (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p>"Pistotekniikka on oikein toteutettuna melko kivuton"</p> <p>"Tutkittu, että kyseinen pistotekniikka ei käy potilaalle niin kipeää"</p> <p>"Kivuttomampi tapa, pystyy pistämään suurempia määriä ilman kirvelyä ja paineen tunne pienempi"</p>	<p>Kivuton</p> <p>Kivuttomampi</p> <p>Kivuttomampi tapa</p>	Kivuttomuus	<p>Hoitajien tietämys <u>ventrogluteaalisesta</u> injektioista</p>	<p>Hoitajien tietoperusta <u>i.m.</u> injektioista</p>
<p>"Ei hermoja & isoja verisuonia alueella, turvallinen paikka kun oikean paikan löytää"</p> <p>"Potilasturvallisempi, ei suuria suonia eikä hermoja"</p> <p>"Ei pistä niin herkästi hermoon"</p> <p>"Ei niin vaarallinen paikka esim. iskiashermo"</p>	<p>Turvallinen paikka kun oikean paikan löytää</p> <p>Potilasturvallisempi</p> <p>Ei hermoon pistovaaraa</p> <p>Ei niin vaarallinen paikka</p>	Turvallisuus		
<p>"En <u>tiä</u>"</p> <p>"En tiedä mitään"</p> <p>"En tiedä tekniikan hyödyistä mitään"</p>	Ei tietoa	Ei tiedä mitään		
<p>"Voi pistää vahingossa iskiashermoon"</p> <p>"Vaarana pistää hermoon, jos alue ei ole oikea"</p> <p>"Voi osua iskiashermoon"</p> <p>"Iskiashermoon voi osua → voi vahingoittaa sitä"</p>	<p>Iskiashermoon pistäminen</p> <p>Hermoon pisto vaarana</p> <p>Iskiashermoon osuminen</p> <p>Iskiashermoon vahingoittaminen</p>	Iskiashermo	<p>Hoitajien tietämys <u>dorsogluteaalisen</u> injektion vaaroista</p>	
<p>"Paljon rasvakudosta, joten lihakseen pitkä matka"</p> <p>"Rasvakudosta paljon, ei välttämättä mene lihakseen"</p>	<p>Paljon rasvakudosta</p> <p>Rasvakudoksen runsaus</p>	Rasvakudos		

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Opinnäytetyön aineisto kerättiin Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n osastoilla Kemissä, ja tutkimukseen osallistui hoitohenkilökuntaa yhteensä kolmelta eri osastolta. Aineiston keruu tapahtui helmikuussa 2020 (6.2 – 22.2.2020). Kyselylomakkeita jätettiin osastoille yhteensä 66 kappaletta ja vastauksia saatiin 35 kappaletta, jolloin kyselyn vastausprosentti on 58,3 %.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli yksikköjen pistoluvalliset hoitajat, ja vastauksia saatiin usean eri ammattiryhmän jäseniltä. Ammattiryhmistä sairaanhoitajat muodostivat isoimman vastaajajoukon. Kaikista vastaajista sairaanhoitajia oli 25 (71 %), lähihoitajia neljä (11 %), terveydenhoitajia kolme (9 %) sekä lähihoitajataustaisia sairaanhoitajia kolme (9 %). Vastaajat olivat 25 – 62 - vuotiaita, ja keskiarvoikäsi muodostui 35,5 vuotta. Kaksi vastanneista ei ilmoittanut ikäänsä.

5.2 Hoitajien tietoperusta lihaksensisäisen injektion annosta

Vastauksista ilmeni, että ventrogluteaalinen pistotekniikka on käsitteenä tuttu lähes kaikille kyselyyn vastanneille. Kysymykseen vastanneita oli yhteensä 35, joista 30 (86 %) kertoi käsitteen olevan tuttu. Viisi vastaajaa (14 %) kertoi, että käsite ei ole tuttu. Viiden kieltävästi vastanneiden joukossa oli kaikkien ammattiryhmien edustajia, eikä vastaukset olleet sidonnaisia ikäryhmiin.

Ventrogluteaalisen pistotekniikan hyödyistä kysyttäessä suurin osa kertoo tietävänsä ainakin yhden pistotekniikkaan liittyvän hyödyn. Tutkimukseen osallistuneista kaksi henkilöä jätti vastaamatta tähän kysymykseen, joten kysymykseen vastanneita oli yhteensä 33. Vastanneista 4 henkilöä ei osannut nimetä yhtään ventrogluteaaliseen pistotekniikkaan liittyvää etua/hyötyä. Vastauksista selkeimmin esiin nousi pistotekniikan kivuttomuus sekä sen turvallisuus. Muita vastauksista esiin nousseita hyötyjä olivat pistokohdan etäisyys hermoista ja mahdollisuus suurempaan kerta-annoksena annettavaan lääkemäärään. Pieni osa vastanneista mainitsi myös, että ventrogluteaalinen

injektio ei ole yhtä riippuvainen potilaan asennosta kuin dorsogluteaalinen. Vastaajat kokivat, että tämän vuoksi injektio on helpompi antaa esimerkiksi vasta leikatuille tai huonosti liikkuville potilaille. Yhdessä vastauksessa mainittiin myös rasvakudoksen vähäisyys ventrogluteaalisen pistotekniikan etuna.

Lähes jokainen tutkimukseen osallistunut osasi nimetä vähintään yhden dorsogluteaaliseen pistotekniikkaan liittyvän vaaran/riskin. 35 vastanneesta kaksi henkilöä ei nimennyt yhtäkään dorsogluteaaliseen pistotekniikkaan liittyvää riskiä. Tässä kappaleessa prosentuaaliset luvut ovat laskettu niiden henkilöiden kesken, jotka nimesivät vähintään yhden dorsogluteaaliseen pistotekniikkaan liittyvän vaaran/riskin. Vastaajista 90,91 % (n= 30) vastasi dorsogluteaalisen pistotekniikan riskien liittyvän suurten hermojen läheisyyteen ja hermoon pistämiseen. Suurimmassa osassa vastauksista mainittiin hermot yleisellä tasolla, mutta vastaajista kolmesta (39 %) vastasi tarkemmin, ja nimesi iskiashermon läheisyyden ja siihen osumisen dorsogluteaalisen pistotekniikan vaaraksi. Hermoihin liittyvien riskien lisäksi viisi vastaajaa (15 %) mainitsi riskinä runsaan rasvakudoksen määrän, joka hankaloittaa injektion päätymistä lihaskudokseen. Myös kipu esiintyi useammassa kuin yhdessä vastauksessa. Alla muita vastanneiden kuvaamia dorsogluteaaliseen pistotekniikkaan liittyviä vaaroja/riskejä:

”Kudosvaurio, märkäpaiseen muodostuminen”

”Lääkeaineet kirvelevät monesti”

”Max. 5ml kerta injektio”

”Suuri valtimo”

5.3 Pistotekniikkaan liittyvät taidot hoitajien itsensä arvioimana

Vastauksista selvisi, että suurin osa hoitajista ei käytä pääsääntöisesti ventrogluteaalista pistotekniikkaa työssään. Vastaajia oli yhteensä 35, joista 30 (86 %) kertoi, ettei käytä kyseistä pistotekniikkaa työssään ja vain 5 (14 %) kertoi käyttävänsä sitä. Ventrogluteaalista pistotekniikkaa käyttävistä kaksi on alle 30

vuotiaita ja kaksi yli 50 vuotiasta. Yksi ei maininnut ikäänsä. Perustelut sille, miksei ventrogluteaalista pistämistä käytetä, olivat seuraavanlaisia:

"ei ole saanut koulutusta kyseiseen pistotekniikkaan, joten ei uskalla kokeilla"

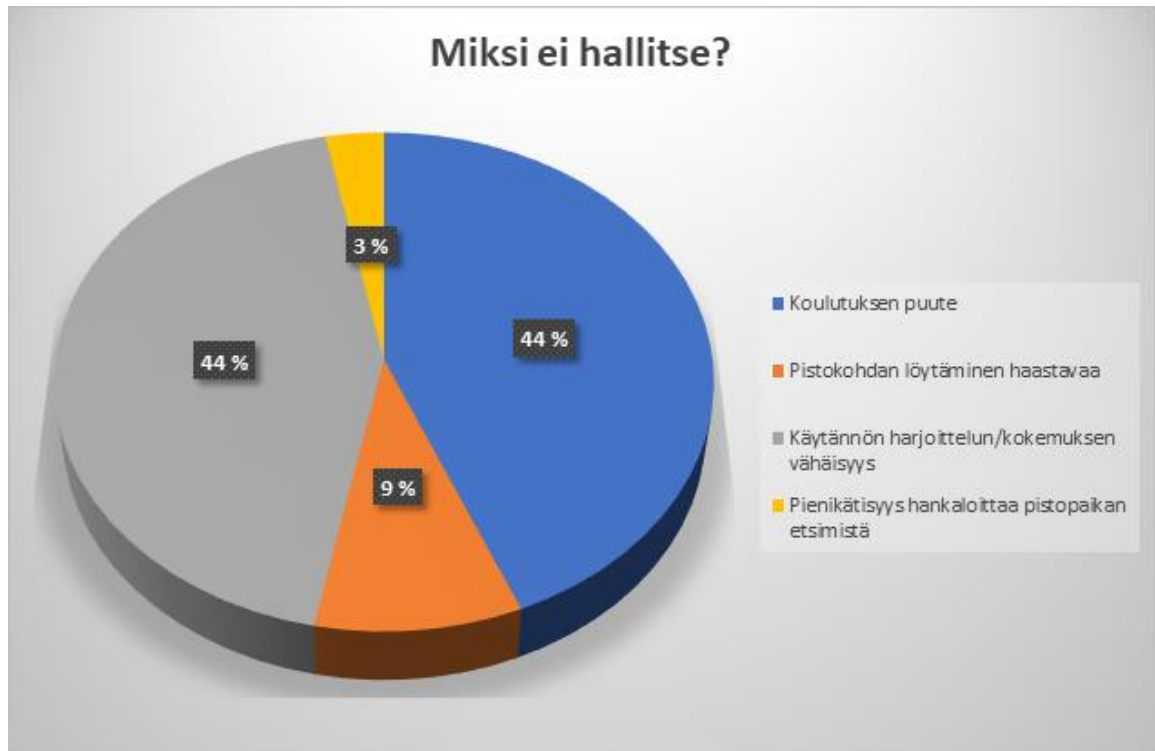
"tekniikka opetettu koulussa, mutta käytännön harjoitteluissa kukaan ohjaaja ei osannut sitä käyttää, en koe osaavani kyseistä tekniikkaa riittävän hyvin"

"epävarmuus oikean pistokohdan löytämisestä sekä vie paljon aikaa löytää oikea pistopaikka"

"vanhasta tottumuksesta pistää pakaralihakseen, näin koulussa opetettu ja työelämässä vuosikaudet näin pistetty"

43 % vastaajista kertoo pistävänsä dorsogluteaalisesti, 36 % reisilihakseen, 5 % olkavarteen ja 16 % ei maininnut käyttämäänsä pistopaikkaa. Ventrogluteaalisen pistopaikan käytön perusteluja olivat muun muassa sen turvallisuus, koulussa heille oli opetettu vain kyseinen tekniikka, joten käyttää sitä työelämässäänkin sekä sen kivuttomuus potilaalle.

Pistokohdan oikean paikantamisen tunti osaavan vain 7 (20 %) vastanneista. Perustelut sille, miksei tunne hallitsevansa kyseistä pistokohtaa painottuivat koulutuksen puutteeseen, kokemuksen vähäisyyteen sekä pistokohdan paikantamisen hankaluuteen. Seuraavalla sivulla esitettynä kuvio vastausten jakautumisesta.



Kuvio 3. Tulosten jakautuminen

5.4 Osaamisen mahdollinen parantaminen

Kysymykseen vastasi yhteensä 35 hoitajaa. Vastaaajista 21 (60 %) oli sitä mieltä, että työpaikan tulisi järjestää koulutusta asian tiimoilta. Heidän mielestään saamalla koulusta kyseiseen pistotekniikkaan, heidän osaamisensa päivittyisi ja he uskaltaisivat alkaa käyttämään sitä hoitotyössään. Vastanneista 7 (20 %) oli sitä mieltä, että tarvitsisivat harjoitusta kyseiseen tekniikkaan. Vastaaajat toivat ilmi sen, että vaikka annettaisiin koulutusta ja näkisi kerran kyseisen tekniikan, se ei riitä tuomaan pistotekniikkaa rutiininomaiseksi vaan tarvitsisi useamman kerran harjoitusta, jotta esimerkiksi pistokohdan löytäminen vakiintuisi helpommaksi.

Muut osaamisen edistämisen kehittämis ehdotukset painottuivat hoitajien välisiin mahdollisuuksiin. Yksi vastaajista antoi idean siitä, että työpaikalla osaamista voisi jakaa hoitajalta hoitajalle niin, että osaavat opettaisivat muille pistotekniikan käyttöä ja näin voitaisiin yhdessä parantaa osaamista. 6 % (n=2) vastaajista piti tärkeänä asiasta puhumista, heidän mielestään olisi tärkeää keskustella asioista työpaikalla ja tuoda ventrogluteaalista pistämistä enemmän esille, sillä kaikki eivät ole edes tietoisia kyseisestä pistopaikasta. Muutaman vastaajan mielestä,

olisi hyvä järjestää pistotekniikkaan liittyvä kuukausitehtävä tai kampanja. Vastaajista 6 % (n=2) ei tiennyt kuinka työpaikka voisi edistää osaamisen parantamista.

5.5 Hoitajien asenteet ventrogluteaalista pistotekniikkaa kohtaan

Suurin osa kysymykseen vastanneista suhtautuu pistotekniikkaan positiivisesti ja avoimin mielin valmiina oppimaan pistotekniikan käytön. Moni vastaajista kuitenkin vaatii harjoittelua ennen kuin voi pistotekniikkaa ottaa käyttöön. Hoitajat kuvasivat asenteitaan pistotekniikkaa kohtaan mm. näin:

"Olisi hyvä juttu, potilaalle ilmeisesti miellyttävämpi."

"Mieluusti opettelisi, koska riskit vahinkoihin pienenee."

"Olisi hyvä jos sitä alettaisiin käyttämään, mutta koulutusta se vaatii."

"Hyvä paikka. Haluaisi oppia helpon tavan pistopaikan löytämiseksi."

"Ei mahdoton ajatus alkaa harjoittelemaan kyseistä pistotekniikkaa."

"Varmasti hyvä, pitäisi vain rohkeasti alkaa käyttämään."

Yksikään vastanneista ei suhtautunut tekniikkaan suoraan negatiivisesti eikä tyrmännyt sen käyttämistä. Alla hoitajien kuvaamia mielteitä, epävarmuuksia sekä haasteita ja ongelmia pistotekniikan käyttöön liittyen.

"Tuntuu vieraalta pistopaikalta, onnistuuko kaikenlaisille potilaille? Entä kaiken kokoisille? Mitä jos ei?"

"Kaikille potilaille ei ole mahdollista liikkumisen suhteen tai vammasta/kivusta johtuen, liikerajoitteinen, murtumat, ei orientoitunut, sekavat/riuhkovat jne."

"Työssä lihakseen pistot vähentynyt, nykyisin kipulääkkeet annetaan pääasiassa p.o"

"Ei ole mielipidettä, kun ei ole koskaan nähnyt sitä käytettävän."

"Koulussa opetettu, mutta ei valitettavasti harjoitteluissa ole päässyt käyttämään, joten ei ole itsekään käyttänyt työssään. Jäänyt harmittamaan, kun ohjaajilta ei ole saanut harjoitusta."

6 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA

Aiempia tutkimuksia tästä aiheesta on tehty vähän, joten vertaaminen aiempiin tutkimustuloksiin on haastavaa. Vastanneista 80 % kertoi ventrogluteaalisen pistotekniikan olevan käsitteenä tuttu, mutta vain 14 % kertoi käyttävänsä sitä työssään. Tuloksia tarkastellessa nousee selkeästi esiin, että suurimmalle osalle hoitajista ventrogluteaalinen pistotekniikka ei ole ensisijainen pistopaikka lihaksensisäisiä injektioita annettaessa. 43 % vastaajista kertoo käyttävänsä ensisijaisesti dorsogluteaalista pistotekniikkaa. Tutkimuksen mukaan pistotekniikkaan suhtaudutaan kuitenkin avoimen myönteisesti ja hoitajat olisivat halukkaita oppimaan pistotekniikan käytön.

Tutkimustuloksia tarkastellessa selvisi, että hoitajat tuntevat hyvin tärkeimmät dorsogluteaaliseen pistotekniikkaan liittyvät riskit, ja hoitajien kuvaamat riskit ovat yhteneviä teorial tietoon perustuvien riskien kanssa. Ylivoimaisesti suurimmaksi riskitekijäksi hoitajat nimesivät hermojen läheisyyden ja vaaran hermoon pistämiselle. Toinen selkeästi esiin noussut riskitekijä oli rasvakudoksen runsas määrä. Myös ventrogluteaaliseen pistotekniikkaan liittyvät hyödyt ovat hoitohenkilökunnalla hyvin tiedossa. Kaikista tutkimukseen osallistuneista 82 % osasi nimetä vähintään yhden ventrogluteaaliseen pistotekniikkaan liittyvän hyödyn. Hyödyistä selkeimmin esiin nousi sen turvallisuus sekä kivuttomuus potilaalle. Myös hoitajien kuvaamat hyödyt ovat yhteneviä teorial tiedon ja aiempien tutkimustulosten kanssa. Tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että pistotekniikan käyttämättömyys ei johdu hoitajien tiedon puutteesta.

Tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan suurimmat hoitajien kokemat esteet pistotekniikan käytölle ovat koulutuksen ja käytännön harjoituksen puute sekä pistokohdan paikantamisen hankaluus. Hoitajat, jotka kertoivat käyttävänsä ventrogluteaalista pistotekniikkaa työssään perustelivat sen käyttöä turvallisuudella. Ventrogluteaalista pistotekniikkaa työssään käyttävien hoitajien kokemuksen mukaan se on myös potilaalle kivuttomampi pistopaikka.

Tutkimustuloksissa nousi keskeisesti esiin, että siirtyminen työelämässä dorsogluteaalisen pistotekniikan käytöstä ventrogluteaaliseen pistotekniikkaan

vaatii hoitohenkilökunnan koulutusta aiheen tiimoilta. Koulutusta tulisi kuitenkin järjestää useammin kuin yhden kerran, sillä rutiini pistotekniikan käyttöön ei synny yhdellä kertaa. Kokonaisvastuun henkilökunnan kouluttamisesta ei kuitenkaan tarvitse olla ainoastaan työnantajalla, vaan hoitajat voivat perehdyttää myös toinen toisiaan pistotekniikan käyttöön liittyen.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

7.1 Kvalitatiivisen tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta aloitettaessa tulisi pohtia aiheen soveltuvuutta tutkimukselle. Jotta tutkimus onnistuu, aiheen tulisi olla tutkijoita kiinnostava ja sen tulisi kehittää tutkijoita. Aihetta valittaessa tulisi välttää liian emotionaalisia aihepiirejä, johon tutkijalla on henkilökohtainen tunneside. Tunneside heikentää tutkijan objektiivista ja kriittistä suhtautumista aiheeseen, jolloin tutkimuksen laatu heikkenee. Myös vähäinen lähdekirjallisuuden määrä aiheesta hankaloittaa tutkimuksen laatua ja toteuttamista (Hirsjärvi ym. 2009, 77- 80.) Tutkimus tulee toteuttaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkimuksen aloitusvaiheessa tutkimukseen osallistuvilla on tiedossa omat sekä tutkijoiden oikeudet, vastuut ja velvollisuudet. Tutkimukseen osallistuville tulee informoida selkeästi aineiston säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat tekijät (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.) sekä tutkimuksen tavoite ja toteutustapa, osallistumisen arvioitu kesto aika, tekijöiden yhteystiedot sekä tutkimuksen vapaaehtoisuus (Kuula 2011, 121.)

Ennen opinnäytetyön tutkimusosuuden aloitusta haettiin tutkimuksen tekoa koskeva tutkimuslupa tutkittavalta organisaatiolta eli Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:ltä. Tutkimuslupa opinnäytetyön liitteenä (Liite 1). Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä informoitiin tutkimuksen tekoon liittyvistä tiedoista kirjallisesti saatekirjeen muodossa sekä suullisesti aiheen esittelyn yhteydessä. Tutkimukseen osallistuneet allekirjoittivat saatekirjeen, ja antoivat näin ollen tietoisin suostumuksin tutkimukseen osallistumisesta. Saatekirje toteutettiin kahtena kappaleena, joista toinen tuli tutkijoille ja toinen tutkimukseen osallistuvalla. Saatekirje opinnäytetyön liitteenä (Liite 2).

Tutkijoita koskevat tietyt vastuut ja velvollisuudet. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijoilta avoimuutta, vastuullisuutta, huolellisuutta, tarkkuutta sekä rehellisyyttä koko tutkimusprosessin ajan. Käytettyjen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee täyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerit, ja tutkijoiden tulee hallita raportoinnissaan lähdeviittaukset. Jotta tutkimusta voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä, tulee tiedot tallentaa ja käsitellä

tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tuloksista raportoitaessa on kiinnitettävä huomiota raportointitapaan. Tuloksia kuvattaessa kuvausten ei tulisi saattaa tutkittavia halveksunnan, vihan tai pilkan kohteeksi (Grönfors 2011, 119.)

Tutkimustulosten käsittelyssä ja julkaisussa on huolehdittava, että tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyy, eikä tutkittaville aiheudu tutkimuksen teosta negatiivisia seurauksia (Kuula 2011, 203-204.) Tutkijoiden tulee huomioida tutkimukseen osallistuvien tietosuoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7). Tietosuojalaki takaa tutkittaville sen, ettei tiedot liiku vapaasti, vaan ovat ainoastaan tutkijoiden käsiteltävissä. Lain myötä tutkijoita koskee myös vaitiolovelvollisuus tutkittavien henkilökohtaisia tietoja kohtaan (Tietosuojalaki 1050/2018, 1 §, 35. §.)

Henkilötietojen käsittelyssä tulee noudattaa EU:n yleistä tietosuoja-asetusta ja tietosuojaperiaatteita. Henkilötiedoiksi lasketaan sellaiset tiedot, jotka liittyvät jo tunnistettuun tai tietojen perusteella tunnistettavaan henkilöön. Henkilötietojen käsittelyllä tarkoitetaan kaikkea toimintaa henkilötietojen käsittelyn suunnitteluvaiheesta tietojen poistamiseen saakka. Tietosuojalainsäädännön ohjaamien tietosuojaperiaatteiden mukaan henkilötietoja on käsiteltävä turvallisesti ja lainmukaisesti tiettyä tarkoitusta varten sekä tiedonkeräyksen kohteen kannalta läpinäkyvästi. Henkilötietoja tulee kerätä vain sen verran, kuin käsittelyn tarkoitukseen nähden on tarpeellista (Valvira 2020.)

Henkilötietojen käsittelyssä noudatettiin lain mukaisia tietosuoja-asetuksia ja tunnistettavia henkilötietoja kerättiin vain tutkimuksen toteuttamisen kannalta tarpeellinen määrä. Tunnistettavia henkilötietoja on ainoastaan saatekirjeen sisältämä osallistujan allekirjoitus. Kyselylomakkeet ja saatekirjeet palautettiin teipillä suljettuun kyselylomakelaatikkoon, jonka avulla taattiin, ettei ulkopuoliset päässeet muokkaamaan tuloksia. Kyselylomake ja saatekirje olivat erilliset dokumentit, jolloin voitiin taata, että tutkijat eivät voineet yhdistää vastaajan henkilöllisyyttä vastauksiin. Kysely oli täysin vapaaehtoinen, eikä kyselyyn vastanneiden mielipiteisiin vaikutettu millään tavalla. Myös tutkimuksen vapaaehtoisuudesta informoitiin osallistujia sekä kirjallisesti että suullisesti.

Tiedot käsiteltiin yleisluontoisesti ja anonymisti, sillä tarkoituksena ei ollut tuoda ilmi hoitajien mielipiteitä heidän omilla nimillään, vaan tuoda esiin yleisesti tutkimuksessa ilmeneviä tuloksia. Tutkimusjoukon pieni koko ja työyhteisöjen tiiviys aiheuttaa sen, että työyhteisön jäsenet voivat herkästi tunnistaa toisensa esimerkiksi vastaajan iän perusteella. Tämä huomioitiin tulosten raportointivaiheessa, ja vastaajien ikäryhmät jaoteltiin niin, että yhteen ikäryhmään kuului aina useampi henkilö.

Tutkimuksen päättyessä aineisto tulee hävittää, anonymisoida tai arkistoida asianmukaisesti. Tallennetun aineiston muodosta riippuen aineisto voidaan hävittää tehokkaasti esimerkiksi silppurilla, polttamalla tai päällekirjoittamalla. Sähköisen tiedon hävittämisessä on huomioitava, että aineiston siirtäminen tietokoneen roskakoriin ei tarkoita aineiston hävittämistä (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2020.)

Tutkimusta koskevat kyselylomakkeet ja henkilötietoja sisältävät saatekirjeet säilytettiin lukitussa tilassa niin, että ulkopuolisilla ei ollut mahdollista päästä lomakkeisiin käsiksi. Tutkittavien anonymiteetti taattiin suunnittelemalla kyselylomake niin, että lomakkeesta ei käy ilmi tutkittavan henkilöllisyys eikä henkilöä ole mahdollista tunnistaa lomakkeen perusteella. Tutkimuksessa käytettiin kaikkia asianmukaisesti täytettyjä kyselylomakkeita ja vastaukset kirjattiin opinnäytetyöhön täysin muokkaamattomina. Kyselylomakkeet hävitettiin aineistoanalyysin jälkeen tietosuoja-asetusten mukaisesti. Koko tutkimusprosessin ajan henkilötietojen käsittelyssä noudatettiin täydellistä vaitiolovelvollisuutta, joka jatkuu myös tutkimusprosessin päättymisen jälkeen.

7.2 Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa esitetty informaatio on kriittisesti perusteltua. Tutkimusprosessissa kriittisyydellä viitataan menetelmiin, joita tutkimuksen eri alueilla on tapana käyttää. Näitä menetelmiä ovat esimerkiksi havaintomenetelmät sekä aineiston ja tulosten analyysi. Jotta tutkimukselle asetetut päämäärät toteutuvat, tulee tuotetun informaation olla kriittisesti hyvin perusteltua. Tutkimuksessa saadun informaation luotettavuus

edellyttää tutkijalta hyvää tutkimusmenetelmien hallintaa ja rehellisyyttä (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 59, 65.)

Tutkimusta tehdessä tulee kiinnittää huomiota lähteiden luotettavuuteen. Lähteiden luotettavuutta pohtiessa voidaan tarkastella esimerkiksi sitä, onko tieto perusteltua ja varmennettua, vai perustuuko tieto ainoastaan havaintoihin ja kokemuksiin. Mikäli tieto on täysin kokemukspäistä, voi se heikentää tiedon luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 19.) Opinnäytetyöprosessissa arvioidaan käytettyjen lähteiden luotettavuutta, jotta raportin luotettavuutta ja pätevyyttä voidaan parantaa. Myös kirjastossa toimivan informaattikon avulla on mahdollista parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Informaattikko on tiedonhaun ja -hallinnan ammattilainen, joka vastaa tiedonhausta ja -hankinnasta sekä opastaa tietolähteiden käytössä (Ammattinetti 2019).

Opinnäytetyössä käytettiin paljon ulkomaalaista tutkimustietoa ja aineistoa, joka lisää aineiston luotettavuutta ja monipuolisuutta. Toisaalta runsas ulkomaalainen aineisto lisää riskiä mahdollisiin käänkövirheisiin, joka taas voi heikentää aineiston luotettavuutta. Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään mahdollisimman uutta tietoa käsiteltävästä aiheesta. Poikkeuksen tässä tekee osa käytetystä metodikirjallisuudesta, jossa osa lähteistä on yli 10 vuotta vanhoja.

Laadullisessa tutkimuksessa on ennen kaikkea oleellista arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. Luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia ja valituilla tutkimusmenetelmillä tulee pystyä tutkimaan sitä, mitä on ollut tarkoitus tutkia (Koppa 2010.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin. Luotettavuutta tulisi arvioida mm. tutkimusaineiston hankintavaiheessa, aineiston analysointi- ja tulkintavaiheessa sekä tulosten raportointivaiheessa (KAMK 2020.) Sisällön analyysivaiheessa tulisi kiinnittää huomiota raportoinnin ymmärrettävyyteen, sillä puutteellinen kuvaus tiedonkeruusta tai menetelmän ja analyysin kuvauksesta vaikeuttaa luotettavuuden arviointia (Elo ym. 2014, 1).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa voidaan hyödyntää soveltuvien osien myös reliabiliteettia sekä validiteettia (Koppa 2010). Ensisijaisesti laadullisen

tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin näkökulmasta (Anttila 2014). Yksinkertaisuudessaan validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä. Pätevyyttä arvioitaessa voidaan esittää kysymyksiä: Onko tutkimus tehty perusteellisesti ja onko tulokset ja päätelmät ”oikeita”? Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti voidaan kuvata myös tutkimuksen uskottavuutena ja vakuuttavuutena (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2020b.) Reliabiliteetti kohdistuu laadullisessa tutkimuksessa aineiston käsittelyyn ja analyysin luotettavuuteen. Tutkimuksen reliabiliteettia voidaan parantaa yksiselitteisillä luokittelu- ja tulkintasäännöillä, jolloin tutkijat käsittelevät ja analysoivat aineistoa yhteisten käsittelysääntöjen mukaisesti. Reliabiliteettia voidaan arvioida hyödyntäen kahta kriteeriä, jotka ovat analyysin arvioitavuus ja uskottavuus. Arvioitavuudella tarkoitetaan sitä, että lukijalla on mahdollisuus seurata tutkijan päättelyä. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että on uskottavaa, että raportissa on kuvatun pohjalta päädytty esitettyihin tuloksiin (Anttila 2014.)

Muita luotettavuuden arvioinnissa käytettyjä kriteerejä ovat: Todeksi vahvistettavuus, merkityksellisyys, toistuvuus, kyllästeisyys sekä siirrettävyys. Todeksi vahvistetulla tarkoitetaan tutkimustulosten perustumista aineistoon, toistuvuudella ilmiön esiintymisen yleisyyttä (ei satunnaista esiintymistä), kyllästeisyydellä tutkijan kykyä saada kaikki olennainen tieto ilmiöstä esille ja siirrettävyydellä tulosten siirrettävyyttä toiseen samankaltaiseen kontekstiin ilman, että tulkinnat muuttuvat (KAMK 2020.)

Edellä mainittujen lisäksi laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös tutkimuksen toistettavuuden kautta (Vilkkä 2005, 130). Toistettavuudella tarkoitetaan sitä, että samoissa olosuhteissa samoilla menetelmillä tehdystä tutkimuksesta saadaan sama tulos (Tieteen termipankki 2016). On kuitenkin huomioitava, että täysin samanlaista laadullista tutkimusta ei voida koskaan toistaa sellaisenaan, sillä jokaisen laadullisen tutkimuksen kokonaisuus on ainutkertainen. Toistettavuudella voidaankin tarkoittaa, että toisten tutkijoiden tulisi löytää omien tulkintojensa lisäksi myös se tulkinta, jonka tutkimuksen tekijä on työssään esittänyt. Teoreettisella toistettavuudella tarkoitetaan, että lukija päätyy tutkimusta lukiessaan samaan tulokseen tutkimuksen tekijän kanssa. Jotta teoreettinen toistettavuus toteutuisi, tulee tutkijan kuvata työssään

tutkimusprosessissa käytettyjä periaatteita, tutkimuksen kulkua sekä havainnollistavia aineistokatkelmia (Vilkkä 2005, 131-132.) Koska laadullisessa tutkimuksessa ensisijaisena tarkoituksena ei ole tilastollisten yhteyksien etsiminen vaan ilmiön ymmärtäminen, ei tutkimusjoukon tarvitse välttämättä olla suuri (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2020).

Ennen tutkimuksen aloitusta kyselylomake testattiin pienellä testiryhmällä, jonka tarkoituksena oli varmistaa lomakkeen ymmärrettävyys sekä toimivuus. Lomakkeen esitestauksen avulla selvitettiin myös, vastaako lomake asetettuun tutkimuskysymykseen. Esitestauksessa saatiin tärkeää informaatiota lomakkeen selkeydestä sekä toimivuudesta. Palautteiden perusteella kyselylomakkeen sisältöä sekä visuaalisuutta hiottiin ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista. Esitestauksessa selvisi, että ventrogluteaalinen injektio käsitteenä oli vieras monelle, joten kyselylomakkeeseen päädyttiin lisäämään kuva ventrogluteaalisesta injeksiokohdasta. Kuvan lisäämisellä varmistettiin, että kaikki tutkimukseen osallistuneet tiesivät lomaketta täyttäessään, mitä ventrogluteaalisella injektioilla tarkoitetaan. Näin ollen vastauksien luotettavuutta pystyttiin parantamaan. Kyselylomakkeen kysymykset muotoiltiin neutraaliin muotoon, eikä osallistujien vastauksia yritetty kysymysten asettelun avulla ohjailla mihinkään suuntaan.

Valitulla tutkimusmenetelmällä pystyttiin tutkimaan juuri sitä, jota alun perin oli tarkoitus tutkia, ja tutkimuksessa saatiin tuotettua tavoiteltua tietoa. Aineiston analyysivaiheessa varmistettiin, että molemmat tutkimustulosten analysoijat analysoivat aineiston ja tulkitsevat vastaukset samalla tavoin. Epäselvissä tilanteissa asia varmistettiin toiselta, jotta välttyttiin väärinymmärryksiltä ja virheellisiltä tuloksilta. Tulosten raportoinnissa hyödynnettiin vastanneiden omia kommentteja, joka parantaa työn teoreettista toistettavuutta. Tutkimuksen menetelmä sekä aineiston keruun tapa pyrittiin kuvaamaan opinnäytetyössä mahdollisimman kattavasti ja ymmärrettävästi, jotta lukioille on selvää, millä tavoin aineisto on kerätty, millä menetelmällä tutkimus on toteutettu ja miksi tutkimuksessa päädyttiin juuri kyseisiin valintoihin.

Aineiston analyysivaiheessa kiinnitettiin huomiota virheellisesti täytettyihin lomakkeisiin, jotka olisi tullut hylätä tutkimuksesta. Aineiston analyysivaiheessa selvisi, että kyselylomake ei aiheuttanut vastaajille kysymysten sisältöä koskevia virhetulkintoja ja vastaukset olivat yhteneväisiä. Aineisto mahdollisti ilmiön tutkimisen siinä laajuudessa kuin tutkimuksessa oli tarkoitus. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on kuitenkin huomioitava tutkimusjoukon pieni koko, eikä tuloksia voida pitää yleistettävänä.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyöprosessin eteneminen ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheesta lähtien työmme aihepiiri on ollut selkeä. Opinnäytetyön lopullinen toteutusmuoto kuitenkin haki uomiaan, ja toteutusmuotoa vaihdettiin useaan otteeseen. Prosessin alkuvaiheessa ideana oli toteuttaa opinnäytetyö toiminnallisella menetelmällä pitäen koulutuspäivä ventrogluteaalista injektion annosta ja mielessä pyöriteltiin myös mahdollisuutta ohjevideon toteuttamista. Tutkittuamme asiaa päädyimme laadulliseen tutkimukseen, sillä olemassa on jo runsain määrin tehtyjä ohjevideoita sekä koulutuspäiviä, kun taas aiemmin tehtyjä tutkimuksia aiheesta ei juurikaan ole saatavilla. Aiheen ja toteutusmenetelmän valinta on osoittautunut erittäin onnistuneeksi ja tutkimuksen teko on ollut antoisaa ja mielenkiintoista.

Alkuvaiheessa haasteeksi muodostui aiheen rajaaminen ja lopullisen aineiston keruun muodon ratkaiseminen. Kyselyn toteuttaminen onnistui vaivattomasti, mutta saatuaamme kyselylomakkeet takaisin kohtasimme muutamia ongelmia. Aineiston analyysi vaihe oli hyvin työläs, mutta samalla hyvin mielenkiintoista taulukoida ja tilastoida saatuja tuloksia. Lisäksi huomata se, kuinka yhtenäisiä kokemuksia vastauksista nousi. On ollut mielenkiintoista käydä läpi tuloksia ja pohtia kokonaisvaltaisesti erilaisia syy-seuraussuhteita. Tutkimuksen tekeminen on myös tukenut laajasti omaa ammattilista kasvua kun on päässyt tutustumaan käytäntöön, opiskelemaan kyseisestä aiheesta, ymmärtämään näyttöön perustuvan tiedon tärkeyden ja pohtia työmme puolesta noussutta ilmiötä. Opinnäytetyön tekeminen kyseisestä aiheesta on myös tullut harjoitteluissa mielenkiintoiseksi aiheeksi, sillä useasti tämän projektin aikana kuuli esimerkiksi kyseisen lausahduksen *"Sinä teet aiheesta opinnäytetyötä ja tiedät siitä paljon, niin voisit opettaa meillekin tänne kyseistä pistotekniikkaa"*. Opinnäytetyön teon aikaan pääsi myös haastamaan itseä käytännössä juurikin kyseisen asian tiimoilta, kun harjoitteluissa vastaan tulleet hoitajat kiinnostuivat aiheesta ja halusivat päivittää osaamista tämän tutkimuksen pohjalta. Näin ollen opinnäytetyötä tehdessä myös omaan ammatilliseen osaamiseensa ja tietojen jakamiseen lisääntyi.

Tutkimus- ja teoriamateriaali ventrogluteaalisesta injektioista on ollut pääosin vieraskielistä, joten materiaalin lukeminen ja kääntäminen on ollut työlästä. Toisaalta Englanninkielisen materiaalin luku on helpottunut loppua kohden kun sanasto on muuttunut tutummaksi. Opinnäytetyön raportointivaihetta hankaloitti COVID-19 -viruspandemia sillä kirjastojen ollessa suljettuina lähdemateriaalin hankinta on hankaloitunut. Yhteistyö Mehiläinen Länsi-Pohjan Oy:n kanssa on sujunut alusta loppuun sujuvasti, ja osastot suhtautuivat opinnäytetyöhömmme positiivisesti.

Saimme tutkimuksessamme esiin tärkeää tietoa siitä, mistä johtuu ventrogluteaalisen pistotekniikan vähäinen käyttäminen. Koulutustarve olisi työpaikalla suuri, joten esimerkiksi jatkossa voisi seuraava ryhmä tehdä opinnäytetyön vastaten tähän tarpeeseen toteuttamalla koulutuspäivän hyödyntäen tämän tutkimuksen tuloksia. Ventrogluteaalisen pistotekniikan käytäntöön tuominen valmistuvilla hoitajilla olisi tärkeää, sillä heillä on uusi tieto ja taito asiasta. Hoitajat tarvitsevat vain luottoa omiin taitoihinsa viedäkseen pistotekniikan käytäntöön myös työpaikalla ja mahdollisesti jopa jakaakseen osaamistaan työkavereille.

8.2 Jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön prosessin aikana nousi mieleen useita erilaisia jatkotutkimusehdotuksia. Tässä tutkimuksessa keskityimme hakemaan selityksiä sille, mistä johtuu ventrogluteaalisen pistotekniikan vähäinen käyttö. Tutkimme osaamista ja asenteita ja saatujen vastauksien pohjalta olisi helppo tehdä jatkoa kyseiseen asiaan. Tutkimustulosten perusteella ventrogluteaalisen pistotekniikan käyttöä estää hoitajien kouluttamattomuus asiasta. Olisi erityisen tärkeää jatkaa kyseisen asian käsittelyä, sillä nyt on tuotu esiin syyt vähäiselle käytölle, niin jatkossa olisi tärkeää keskittää esimerkiksi opinnäytetyö mahdolliseen kouluttamiseen tai esiin nousseiden ongelmien ratkaisemiseen. Myös keskustellessamme jo valmistuneiden hoitotyön ammattilaisten kanssa esiin on noussut mielenkiinto pistotekniikan koulutusta kohtaan.

Mahdollisia jatkotutkimushaasteita voisivat olla esimerkiksi:

”Ventrogluteaalisen pistotekniikan koulutuksen ja/tai harjoittelun toteuttaminen hoitajille”

”Ventrogluteaalisen pistotekniikan käytäntöön tuominen, hoitajien osaamisen lisääminen”

LÄHTEET

Ammattinetti 2020. Informaatikko. Viitattu 24.4.2020
http://www.ammattinetti.fi/amatit/detail/200_ammatti

Anttila, P. 2014. Pirkko Anttila: Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Metodix – Metoditietämystä kaikille. Viitattu 9.5.2020 <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/#10.1%20Tutkimuksen%20luotettavuus>

Dzirba, A., Goniewicz, M. & Misztal-Okonska, P. 2018. Safety of intramuscular injections in medical rescue. Pol J Public Health Vol. 128 No 3, 132-134. Viitattu 27.2.2020 [file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/\[20834829%20-%20Polish%20Journal%20of%20Public%20Health\]%20Safety%20of%20intramuscular%20injections%20in%20medical%20rescue.pdf](file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/[20834829%20-%20Polish%20Journal%20of%20Public%20Health]%20Safety%20of%20intramuscular%20injections%20in%20medical%20rescue.pdf)

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. Article - SAGE Open. Viitattu 11.5.2020
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244014522633>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus – hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Viitattu 30.1.2020
<file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Gunes, U., Kara, D., Ari, S. & Ceyhan, O. 2013. Which site is more painful in intramuscular injections? The dorsogluteal site or the ventrogluteal site? A case study from Turkey. Clinical Nursing Studies (1) 4, 74-81. Viitattu 29.10.2019
<https://pdfs.semanticscholar.org/1ca4/8f68c364ebcc60ddd0dcaeb8af7905a66b99.pdf>

Grönfors, M. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätutkimusmenetelmät. Hämeenlinna: SoFia-Sosiologi-Filosofiapuu Vilkkä. Viitattu 24.4.2020
http://vilkkä.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf

Hannuksela-Svahn. 2014. Anafylaktinen reaktio (äkillinen yliherkkyyssreaktio). Terveyskirjasto. Viitattu 27.2.2020
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00201

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy. Viitattu 13.3.2020
<http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Henkilötietolaki 01.06.1999/523.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

KAMK 2020. Luotettavuus. Viitattu 9.5.2020

<https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kara, D., Uzelli, D. & Karaman, D. 2015. Using ventrogluteal Site in Intramuscular Injections is a priority or an alternative? International Journal of Caring Sciences 8 (2). Viitattu 28.2.2020

http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/31_kara.pdf

Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino.

Karttunen, M. 2016. Ventrogluteaalinen injektio – Turvallisesti ja näyttöön perustuen. ePOOKI – Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut issn 1798 – 2022. Viitattu 09.02.2020

<http://www.oamk.fi/epooki/2016/ventrogluteaalinen-injektio/>

Koppa 2010. Tutkimuksen toteuttaminen. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 9.5.2020
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>

Kotovainio, T. & Lehtonen, A. 2017. Parenteraalinen lääkkeenanto.

Terveysportti - Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 27.2.2020

https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk03925&p_haku=injektio

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. 3., painos. Tampere: Vastapaino.

KvantiMOTV 2010. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto - Menetelmäopetuksen tietovarasto. Viitattu 9.4.2020

<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Leonard, J. 2018. How to give an intramuscular injection. Medical News Today. Viitattu 27.2.2020 <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323115.php>

Läkelaki 10.4.1987/395

Mustajoki, P. 2019. Mustelmat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 27.2.2020
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artik-keli=dlk00049

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2009. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 18. uudistettu painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. 10., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Polit, D. & Beck, C. 2012. Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. International edition. 9. painos. China: LWW.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ruskoaho, J., Vänskä, J., Heikkilä, T., Hyppölä, H., Halila, H., Kujala, S., Virjo, I. & Mattila, K. 2008. Postitse vai sähköisesti? Näkemyksiä tiedonkeruun valintaan Lääkäri 2008 -tutkimuksen pohjalta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2010: 47, 279-285. Viitattu 9.4.2020
file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/3920-Artikkelin%20teksti-11361-1-10-20110915.pdf

Saano, S. Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. 1.-2.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2020. Aineiston määrä ja tutkittavat. KvaliMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 9.4.2020
https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2.html

– 2020b.Validiteetti. Viitattu 11.5.2020
https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_1.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Analyysin äärellä. KvaliMOTV-menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 13.3.2020
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Said, O. & Shehata, M.H. 2016. Effects of Helfer Skin Tapping and Z-Track Techniques on Pain Intensity among Hospitalized Adult Patients Who Receiving Intramuscular Injection. International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing. Vol. 3 Issue 3, 77-94. Viitattu 28.2.2020
file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Effects%20of%20Helfer%20Skin%20Tapping%20and%20Z-816.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2020. Rationaalinen lääkehoito. Viitattu 31.1.2020 <https://stm.fi/rationaalinen-laakehoito>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2016. Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen – kehittämisehdotukset tukemaan työelämän muutosta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:61. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattihenkilöiden neuvottelukunta, Hoitotyön jaosto. Viitattu 30.1.2020
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/78989/STM_raportti.pdf

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2018. Lääkehoidon toteuttaminen. Viitattu 31.1.2020 https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen#eri-ammattiryhmien-tehtavat-laakehoidon-toteuttamisessa

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2016.

JulkiTerhikki/JulkiSuosikki. Viitattu 30.1.2020

https://www.valvira.fi/valvira/rekisterit/terveydenhuollon_ammattihenkilot/julkiterhikki

Suvikas-Peltonen, E. 2017. Lääkkeiden turvallisen käyttökuntoon saattamisen edistäminen sairaaloiden osastoilla. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 27.2.2020 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/214052/LAAKKEID.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. 2019. Lihaksensisäinen pistotekniikka aikuiselle. Viitattu 27.2.2020 <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista/rokottamisen-vaiheet/rokotustekniikat/lihaksensisainen-pistotekniikka-aikuiselle>

- 2019b. Potilasturvallisuus. Viitattu 28.2.2020 <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>
- 2019c. Rokotusvälineiden valinta. Viitattu 27.2.2020 <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista/rokottamisen-vaiheet/rokotusvalineiden-valinta>

Terveyskirjasto 2019. Lääketieteen sanasto. Nekroosi. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 27.2.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artik-keli=Ilt02261

Tieteen termipankki 2016. Toistettavuus. Viitattu 8.5.2020 <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:toistettavuus>

Tietosuojalaki. 2.12.2018/1050.

Tietosuojavaltuutetun toimisto. 2020. Aineiston hävittäminen, anonymisointi tai arkistointi tutkimuksen päättyessä. Viitattu 9.4.2020 <https://tietosuoja.fi/aineiston-havittaminen-anonymisointi-tai-arkistointi-tutkimuksen-paattyessa>

Tilastokeskus 2020. Käsitteet – Kvalitatiivinen tutkimus. Viitattu 13.3.2020 https://www.stat.fi/meta/kas/kvalit_tutkimus.html

- 2020b. Käsitteet – Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 9.4.2020 https://www.stat.fi/meta/kas/kvanti_tutkimus.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2. painos. Tammi. Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 24.4.2020

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira 2020. Potilastietojen ja henkilötietojen käsittely. Viitattu 9.4.2020

https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/salassapito/potilastietojen_kasittely

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura. Viitattu 9.4.2020

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vilkkä, H. 2005. Tutkimusmetodeja ammatilliselle kentälle. Viitattu 9.4.2020

<http://hanna.vilkkä.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-kehitt%C3%A4.pdf>

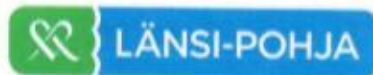
World Health Organization WHO 2015. Vaccinations made friendly. Viitattu 27.2.2020 <https://www.who.int/features/2015/vaccinations-made-friendly/en/>

World Health Organization WHO 2010. WHO Best Practices for Injections and Related Procedures Toolkit. Viitattu 28.2.2020

http://www.rho.org/files/rb3/WHO_Best_Practices_Injections_Toolkit_WHO_2010.pdf

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupahakemus

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS OPINNÄYTETYÖTÄ TAI
TIETEELLISTÄ TUTKIMUSTA VARTEN

1 (2)

Lomake on tarkoitettu opinnäytetyön tai tutkimustyön tekijöille, jotka suorittavat aineiston keruun Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:ssä tai käyttävät yhtiön resursseja tutkimuksenteossa. Hakemus toimitetaan linjaohjajalle ja edelleen lääketieteelliselle johtajalle hyväksyttäväksi.

1. Hakijaa koskevat tiedot	Nimi Suvi Kujanpää Juulia Salonen	
	Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Osallistuuko opinnäytetyötutkimuksen tekijä potilastyöhön <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Puhelin	Sähköposti
	Oppilaitos jossa opiskelee Lapin AMK	
2. Opinnäytetyön tai tutkimuksen nimi	Alustava työnimi: Ventrogluteaalinen pistäminen – tutkitusti paras, mutta vähiten käytetty	
3. Ohjaaja(t)	Nimi ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Anniina Tohmola, annina.tohmola@lapinamk.fi / +358 40 648 4528	
4. Yheyshenkilö Mehiläinen Länsi-Pohja OY:ssä	Nimi ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Sinikka Savikuja sinikka.savikuja@mehilainen.fi Katariina Luukkala katariina.luukkala@mehilainen.fi	
	Tulosalue/yksikkö Sinikka: 3B, 4B Katariina: akuuttiklinikka	
5. Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Tiivistetty kuvaus opinnäytetyön suorittamisesta Opinnäytetyön aineistonkeruu aloitetaan 6.2 kaikilla osastoilla. Aineistonkeruu tapahtuu kyselylomakkeiden avulla. Kyselyn vastausaika on 2 viikkoa. Aineistoanalyysi ja opinnäytetyön raporttiosuus valmistuvat maaliskuun aikana. Valmis opinnäytetyö jätetään esitarkistettavaksi 26.4 ja opinnäytetyö tulee olla virallisesti valmis 16.5. Opinnäytetyön tulokset tullaan toivomuksesta esittämään osastoilla sen hyväksymisen jälkeen.	
	Opinnäytetutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Lisensiaattityö <input type="checkbox"/> Pro gradu -tutkielma <input type="checkbox"/> Kandidaatin tutkielma <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-opinnäytetyö <input checked="" type="checkbox"/> AMK-opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetutkimuksen tieteellinen ala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Muu terveystiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Arvioitu aloituspv 6.2.2020	Arvioitu päättymispvm 16.5.2020



LÄNSI-POHJA

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS OPINNÄYTETTYÖTÄ TAI
TIETEELLISTÄ TUTKIMUSTA VARTEN

1 (2)

	Opinnäytetyön suorituspaikka (palvelulinja, yksikkö) Operatiivinen palvelulinja (3B, 4B), Päivystys palvelulinja (akuuttiklinikka)	
6. Allekirjoitukset	Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Potilaskertomukset <input type="checkbox"/> Muu, mikä? Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Rekisteritutkimus (potilaskertomukset) <input type="checkbox"/> Mittaukset, mitkä? <input type="checkbox"/> Muu, mikä? Tutkija tarvitsee luvan potilastietojen käyttöön potilastietojärjestelmästä/arkistosta <input type="checkbox"/> Kyllä (liitteeksi rekisteriseloste, jos tutkimuksen aikana muodostuu henkilötietoja käsittävä rekisteri) <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
PUOLLAN Tulosalueen ylihoitaja/ tulosaluejohtaja	Päivämäärä 1.2.2020	Opinnäytetyötutkimuksen tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys <i>Suvi Kujanpää</i> Suvi KUJANPÄÄ <i>Julia Salonen</i> Julia Salonen
PÄÄTÖS	<input type="checkbox"/> Puollan hakemusta <input type="checkbox"/> En puolla hakemusta <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisena <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen että <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perustein	
	Päivämäärä 4.2.2020	Tutkimuslupan myöntäjän nimi, arvo ja nimenselvennys <i>Pearu Uusimaa</i> Luokkeellisen johtaja

 LÄNSI-POHJA
 Mehtiläinen Länsi-Pohja Oy

Liite 2. Saatekirje

SAATEKIRJE

Kemi, kevät 2020

HYVÄ TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVA

Opiskelemme Lapin ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötämme ventrogluteaalisesta pistotekniikasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien tietoja, taitoja sekä asenteita ventrogluteaaliseen injektioon käyttöön. Tavoitteena on kuvata hoitajien kokemia haasteita ja esteitä pistotekniikan käyttöön liittyen, sekä nostaa esiin koulutustarpeita aiheeseen liittyen.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon kutsumme Teidät osallistumaan. Teidän osallisuutenne tutkimukseen tulee olemaan oheisen kyselylomakkeen täyttäminen ja palauttaminen. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen, ja tutkimuksen keskeyttäminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa on mahdollista. Tutkimuksesta ei aiheudu osallistujalle haittaa tai lisäkustannuksia.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu organisaatiostanne lupa. Tutkimuksessa esiin tulleet tiedot käsitellään ehdotonta luottamuksellisuutta ja vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Vastaukset tullaan käsittelemään nimettöminä, ja kyselylomakkeet tullaan hävittämään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

Mikäli osallistutte tutkimukseen, pyydämme Teitä palauttamaan kyselylomakkeen täytettynä osastollanne olevaan palautuslaatikkoon. Tarvittaessa voitte olla meihin yhteydessä puhelimitse.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Anniina Tohmola Lapin ammattikorkeakoulusta. Sähköpostiosoite on Anniina.Tohmola@lapinamk.fi ja puhelinnumero +358 40 648 4528. Valmis opinnäytetyö julkaistaan osoitteessa www.theseus.fi ja tulokset tulemme raporttoimaan osastoille tutkimuksen valmistuttua.

Ystävällisin terveisin,

Suvi Kujanpää (puh. 0504361341)

Juulia Salonen (puh. 0509189246)

Lapin ammattikorkeakoulu

Ymmärrän osallistuvani vapaaehtoisena tutkimukseen, ja ymmärrän oikeuteni tutkimuksen tiedonantajana. Annan suostumukseni vastausteni käyttämiseen tässä tutkimuksessa.

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

Ventrogluteaaliseen pistämiseen liittyvää osaamista kartoittava kysely Kemin alueella toimiville pistoluvan omaaville hoitajille 2020



Ventrogluteaalinen eli vatsanpuoleiseen pakaralihakseen annettava pistotekniikka.

Ohjeet kyselylomakkeen täyttämiseen:

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin omien tietojen, taitojen ja asenteidenne mukaan. Kirjoittakaa vapaamuotoinen vastauksenne sille varattuun tilaan selkeällä käsialalla. Monivalintakysymyksissä valitkaa vain **yksi** sopiva vaihtoehto. Pyydämme teitä vastaamaan jokaiseen kysymykseen.

1. **Ikä** (Kirjoita vastauksesi selkein numeroin alla olevaan tilaan.)

2. **Koulutus**

- ☐ Lähihoitaja/perushoitaja, sosiaali- ja terveysalan perustutkinto
- ☐ Sairaanhoidaja, sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
- ☐ Sairaanhoidaja, opistoasteen tutkinto
- ☐ Terveystenhoitaja, sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
- ☐ Muu, mikä:

3. **Onko ventrogluteaalinen pistotekniikka sinulle tuttu käsite?**

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

4. **Käytätkö työssäsi pääsääntöisesti kyseistä pistotekniikkaa?**

- ☐ Kyllä. Perustele, miksi käytät pistotekniikkaa:
- ☐ En. Perustele, miksi et käytä kyseistä pistotekniikkaa ja kerro myös, mitä pistotekniikkaa käytät:

5. **Millaisia ventrogluteaaliseen pistotekniikkaan liittyviä hyötyjä/etuja tiedät?** (Vastaa vapaasti omin sanoin alla olevaan tilaan.)

6. Millaisia dorsogluteaaliseen (pakaran yläneljännes) pistotekniikkaan liittyviä riskejä/vaaroja tiedät? (Vastaa vapaasti omin sanoin alla olevaan tilaan.)

7. Koetko osaavasi paikantaa ventrogluteaalisen pistokohdan oikein ja epäröimättä? (Mikäli vastaat kieltävästi, anna lyhyt perustelu sille varattuun tilaan.)

☐ Kyllä

☐ En

Miksi tunnen epävarmuutta:

8. Miten työpaikka voisi edistää osaamistasi kyseiseen pistämiseen?

9. Kerro vapaasti asenteistasi ventrogluteaalista pistotekniikkaa kohtaan.